



SIGIC/CTH – Levantamento de Processos no Hospital da Prelada

Maria Cláudia Martins de Sousa dos Anjos Lopes

Dissertação de Mestrado

Orientador na FEUP: Prof. António Ernesto da Silva Carvalho Brito

Orientador no Hospital da Prelada: Eng. João Figueiredo



FEUP

Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto
Mestrado Integrado em Engenharia Industrial e Gestão

2010-07-05

Aos meus pais e aos meus irmãos

Resumo

O presente relatório foi realizado no âmbito da unidade curricular de Dissertação do Mestrado Integrado em Engenharia Industrial e Gestão da Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto (FEUP).

O projecto **SIGIC/CTH – Levantamento de Processos** surgiu devido às exigências da ACSS¹ (Administração Central do Sistema de Saúde), no âmbito da gestão das listas de espera de cirurgia e de primeira consulta hospitalar. Neste momento, o Hospital da Prelada faz uma gestão interna das respectivas listas. O que o governo pretende é que essa gestão passe a ser centralizada para todos os hospitais que pertencem ou têm acordo com o SNS² (Serviço Nacional de Saúde), utilizando uma base de dados única, integrada e actualizada. No contexto da Consulta Externa, o objectivo é implementar um sistema similar, mas que permita reduzir o tempo de espera por uma primeira consulta de especialidade hospitalar. Estes programas obrigam a um envolvimento de todos os funcionários do Hospital, pois implicam mudanças estruturais e organizacionais.

Neste projecto foi efectuado o levantamento do circuito actual do processo de gestão do doente no Hospital da Prelada. Após análise, foram estudadas as alterações a implementar e foi desenhado um novo modelo.

O passo seguinte foi a realização de acções de formação, sem as quais seria impossível sensibilizar todos os intervenientes para as suas novas funções.

Contudo, neste momento ainda não estão implementadas todas as sugestões porque devido à complexidade do projecto, todas as adaptações têm que ser progressivamente incluídas no processo de gestão do doente a médio / longo prazo.

¹ <http://www.acss.min-saude.pt/>

² <http://www.portaldasaude.pt>

SIGIC/CTH – Requirement Specification

Abstract

This report was produced to be presented as part of the Master Thesis in Industrial Engineering and Management of the Faculty of Engineering of the University of Porto.

The project **SIGIC/CTH – Requirement Specification** was conceived to meet the demands of the ACSS on the management of waiting lists for surgery and for first appointments in specialist fields. The Hospital da Prelada currently follows an internal procedure for the management of these waiting lists. The Government intends to establish a common procedure to be followed by all hospitals that are members of or have a convention with the National Health Service (SNS), by using a single database, integrated and constantly updated. The goal is also to implement a similar system for the outpatient service, in order to reduce the waiting time for first appointments in specialist fields. These procedures require the involvement of all those working at the Hospital because they imply structural and organizational changes.

This project carried out the mapping of the current managing process circuit (lay-out) of a patient at the Hospital da Prelada. This circuit was then analyzed to figure out which changes should be introduced and a new model was drafted.

The next step included training courses, without which it would be impossible to make the Hospital staff aware of their new tasks.

Due to the complexity of project all the adjustments must be gradually introduced in the process of managing the patient in the medium / long run. Therefore, at this stage not all the changes have yet been introduced.

Agradecimentos

O meu agradecimento dirige-se a todas as pessoas que contribuíram directa ou indirectamente para a realização desta Tese.

Aos meus pais, pela formação que me deram ao longo da vida e pela oportunidade que me deram de frequentar este curso.

Ao Eng. João Figueiredo, orientador deste projecto no Hospital da Prelada, e ao Dr. Jorge Lima, responsável pelo serviço do Hospital onde foi realizado o estágio, pela confiança que depositaram em mim e pelos conhecimentos transmitidos, ajuda e colaboração prestada ao longo dos últimos quatro meses.

Ao Prof. António Brito, orientador deste projecto por parte da Faculdade, por toda a orientação prestada na redacção deste relatório e pelas sugestões dadas.

A todos os funcionários do Hospital da Prelada que colaboraram na realização deste projecto e que tão bem me receberam, em particular, a todos que pessoalmente me deram o seu contributo através dos seus depoimentos, conhecimentos e exemplos, assim como a todos que participaram de forma activa e com interesse elevado no decurso das tarefas por mim realizadas.

A todos os meus familiares e amigos, pelo apoio e incentivo que me deram ao longo de todo o curso.

Por fim, a todos os professores da FEUP que contribuíram para a minha formação académica e realização pessoal.

Índice de Conteúdos

1	Introdução	1
1.1	Apresentação do Hospital da Prelada	1
1.2	O Projecto SIGIC/CTH – Levantamento de Processos no Hospital da Prelada.....	2
1.3	Método seguido no projecto	2
1.4	Análise comparativa de abordagens existentes e das suas vantagens e inconvenientes	3
1.5	Estudo e Desenvolvimento do Protótipo HP-SIGIC no Projecto SIGIC/CTH – Levantamento de Processos	4
1.6	Temas Abordados e sua Organização no Presente Relatório	5
2	Listas de espera para cirurgia	6
2.1	Apresentação do tema	6
2.2	Um problema internacional	7
2.3	Programas de recuperação em Portugal até 2004.....	9
2.3.1	PERLE.....	9
2.3.2	PPA	9
2.3.3	PECLEC	10
2.4	SIGIC	10
3	Levantamento de processos no Hospital da Prelada	15
3.1	Contextualização do projecto	15
3.2	Realização das entrevistas	15
3.3	Circuito Actual.....	16
3.3.1	Consulta Externa	16
3.3.2	Inscrição na Lista de Inscritos para Cirurgia.....	17
3.3.3	Programação Cirúrgica.....	18
3.3.4	Consulta de Medicina Interna	18
3.3.5	Plano Operatório	19
3.3.6	Internamento	20
3.3.7	Realização da Cirurgia	21
3.3.8	Alta de internamento	22
3.3.9	Alta hospitalar	22
4	Modelo a implementar no Hospital da Prelada	23
4.1	Sistemas de informação de apoio	23
4.1.1	Alert P1.....	23
4.1.2	SIGLIC.....	24
4.2	UHGIC.....	24
4.3	Circuito Proposto.....	24
4.3.1	Consulta Externa	24
4.3.2	Inscrição na Lista de Inscritos para Cirurgia.....	27
4.3.3	Programação Cirúrgica.....	29
4.3.4	Episódios Pré-operatórios	30
4.3.5	Plano Operatório	31
4.3.6	Internamento	31
4.3.7	Realização da Cirurgia	32

4.3.8 Alta de internamento	32
4.3.9 Alta do processo clínico.....	33
4.4 Acções de formação	33
5 Protótipo HP - SIGIC	34
5.1 Consulta Externa.....	34
5.1.1 Marcação.....	34
5.1.2 Realização.....	35
5.2 Programação Cirúrgica	37
5.3 Episódios Pré-Operatórios	38
5.4 Internamento / Plano Operatório	40
5.5 Realização da Cirurgia.....	41
5.6 Alta de internamento	43
5.7 Alta do processo clínico	44
6 Conclusão e perspectivas de trabalho futuro.....	46
6.1 Integrador HL7	46
6.2 Controlador da Qualidade de Informação	47
6.3 Manual de Procedimentos para o SIGIC – <i>Manual Quick Reference</i>	48
6.4 Utilização de leitores do Cartão do Cidadão	48
6.5 Actualização do Guia do Utente	48
Referências	50
ANEXO A: Glossário.....	52
ANEXO B: Cronograma do estágio	55
ANEXO C: Guião das entrevistas realizadas nos serviços clínicos	56
ANEXO D: Guião da entrevista realizada no Serviço de Informação para a Gestão.....	61
ANEXO E: Apresentação CTH	63
ANEXO F: Apresentação SIGIC.....	69
ANEXO G: Apresentação – Acção de Formação Interna.....	77
ANEXO H: Fluxogramas funcionais do circuito actual.....	84

Siglas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ANSI – *American National Standards Institute*

ASA – *American Society of Anesthesia*

ARS – Administração Regional de Saúde

CID 9 – Classificação Internacional de Doenças, 9ª Edição

CTH – Consulta a Tempo e Horas

DGS – Direcção Geral da Saúde

DH – *Department of Health*

FEUP – Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto

HL 7 – *Health Level Seven*

HP – Hospital da Prelada

HQS – *Health Quality Service*

ICD 9 – *International Classification of Diseases, 9th Edition*

IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia

MCC – Material de Consumo Clínico

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

NHS – *National Health Service*

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PCE – Processo Clínico Electrónico

PECLEC – Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

PERLE – Programa Específico de Resolução de Listas de Espera

PPA – Programa para a Promoção do Acesso

RIS – Rede Informática da Saúde

SCMP – Santa Casa da Misericórdia do Porto

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SIGLIC – Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TE – Tempo de Espera

TI – Tecnologias de Informação

TMRG – Tempo Máximo de Resposta Garantido

UCGIC – Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia

UF – Unidade Funcional

UHGIC – Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia

URGIC – Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia

Índice de Figuras

Figura 1 – Hospital da Prelada (SCMP, 2009)	1
Figura 2 – Observação da experiência internacional: fluxos e determinantes do tempo de espera (UCGIC, 2005).....	11
Figura 3 – Evolução da LIC de 2005 a 2009	13
Figura 4 – Evolução da Mediana TE da LIC de 2005 a 2009	13
Figura 5 – Ficha do doente no e-SIGIC (Portal da Saúde, 2006).....	14
Figura 6 – Manual do SIGIC (UCGIC, 2005).....	15
Figura 7 – Fases da Gestão de Inscritos para Cirurgia - circuito actual	16
Figura 8 – Pulseira de identificação dos doentes.....	21
Figura 9 – Esquema da ligação do Hospital da Prelada à ACSS através da RIS	23
Figura 10 – Circuito da Gestão do Acesso à Primeira Consulta	24
Figura 11 – Leitores de Cartão de Utente.....	26
Figura 12 – Fases da Gestão de Inscritos para Cirurgia - SIGIC	27
Figura 13 – Preenchimento da Proposta Cirúrgica no PCE.....	27
Figura 14 – Prescrição dos MCDT no PCE.....	28
Figura 15 – Fluxograma do circuito do processo de Marcação de Consulta Externa	34
Figura 16 – Fluxograma do circuito do processo de Realização de Consulta Externa	35
Figura 17 – Fluxograma do circuito do processo de Programação Cirúrgica	37
Figura 18 – Fluxograma do circuito do processo dos Episódios Pré-Operatórios	38
Figura 19 – Fluxograma do circuito do processo de Internamento e de elaboração do Plano Operatório.....	40
Figura 20 – Fluxograma do circuito do processo de Realização da Cirurgia.....	41
Figura 21 – Fluxograma do circuito do processo da Alta de Internamento	43
Figura 22 – Fluxograma do circuito do processo de Alta do Processo Clínico.....	44
Figura 23 – Modelo actual de integração de dados	47
Figura 24 – Integrador HL7.....	47
Figura 25 – Manual de Procedimentos	48
Figura 26 – Leitor de Cartão do Cidadão (INPAS, 2009).....	48
Figura 27 – Guia do Utente	49

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Matriz SWOT SIGIC/CTH.....	3
Tabela 2 – Calendário das entrevistas	16
Tabela 3 – Níveis de prioridade clínica	28

1 Introdução

O presente documento reflecte o trabalho realizado ao longo dos últimos quatro meses no Hospital da Prelada, no âmbito do estágio curricular do Mestrado Integrado em Engenharia Industrial e Gestão da FEUP.

O objectivo do estágio é o desenvolvimento de projecto de apoio à implementação do SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia) e da CTH (Consulta a Tempo e Horas) no Hospital.

Neste capítulo introdutório é feita uma apresentação do Hospital e do projecto, explicação da metodologia seguida, análise SWOT do estudo da adaptação aos novos sistemas, explicação do protótipo desenvolvido e, por fim, apresentação da estrutura do relatório.

1.1 Apresentação do Hospital da Prelada

O Hospital da Prelada – Dr. Domingos Braga da Cruz foi inaugurado no dia 26 de Novembro de 1988, embora o início da sua actividade tenha sido a 17 de Outubro do mesmo ano. Localiza-se na cidade do Porto, na Quinta da Prelada e é propriedade da Santa Casa da Misericórdia do Porto (SCMP).

Através de um acordo estabelecido com o Ministério da Saúde, integra o Serviço Nacional de Saúde e dispõe dos seguintes serviços clínicos: Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética e Unidade de Queimados, Medicina Física e de Reabilitação, Ortopedia, Urologia, Anestesia, Medicina Interna, Análises Clínicas (hematologia, bioquímica, microbiologia, sorologia e imunologia) e Imagiologia (radiologia convencional, tomografia axial computadorizada - TAC, ressonância magnética e ecografia).



Figura 1 – Hospital da Prelada (SCMP, 2009)

Além destes serviços, o Hospital disponibiliza também diversos serviços de apoio, entre os quais o Serviço de Tecnologias de Informação, onde foi realizado o estágio.

No dia 8 de Fevereiro de 2007, o Hospital da Prelada (figura 1) tornou-se o primeiro hospital privado em Portugal a receber a Acreditação Total em Qualidade. Esta distinção foi atribuída por um Organismo Internacional de Acreditação, o HQS³ (*Health Quality Service*): um corpo de auditores multiprofissional inglês questionou todas as áreas de actividade do Hospital desde a Gestão, Serviços Clínicos, Serviços Não Clínicos, Serviços de Apoio e Administrativos e teve em conta 1679 critérios da Norma do HQS (SCMP – HP, 2010).

Este êxito teve como base dois factores fundamentais: o facto de o Hospital ter procurado desde o início ser um projecto inédito em termos de gestão, organização técnica, prestação, racionalização e humanização dos serviços; e o envolvimento e o empenho com que todos os colaboradores participaram no programa que estabeleceu o Sistema de Qualidade no Hospital.

³ <http://www.ukaf.org.uk/HQS.htm>

Visão

“Pelo seu posicionamento (socialmente responsável, promotora da equidade de acesso, não lucrativa) e pela excelência dos resultados obtidos nas diversas especialidades de que dispuser, o Hospital será reconhecido – pela comunidade, pelo SNS e pelos restantes interessados – como um Estabelecimento de qualidade na saúde, tanto pelos cuidados prestados como pela sua participação na investigação e no ensino pós-graduado” (SCMP – HP, 2010).

Missão

“Melhorar a saúde através de cuidados de qualidade, garantindo acesso atempado e a optimização dos recursos disponíveis na comunidade, assim como participar na investigação e no ensino pós-graduado” (SCMP – HP, 2010).

Valores

- *“Servir o doente;*
- *Excelência de actuação;*
- *Respeito e correcção no relacionamento;*
- *Valor para a comunidade;*
- *Inovação para melhores serviços e resultados;*
- *Responsabilidade por tudo o que fazemos” (SCMP – HP, 2010).*

1.2 O Projecto SIGIC/CTH – Levantamento de Processos no Hospital da Prelada

O Projecto **SIGIC/CTH – Levantamento de Processos** surgiu no âmbito da gestão das listas de espera, devido à necessidade de partilha de informação com a ACSS. Esta imposição governamental originou mudanças estruturais e organizacionais que devem ser interiorizadas por todos os funcionários. A complexidade destes desafios levou a que todo o processo de adaptação às novas regras tivesse que ser minuciosamente analisado de forma a minimizar o impacto no funcionamento do Hospital.

A proposta de estágio efectuada à FEUP, teve como objectivo que esta análise fosse também realizada por uma pessoa exterior à organização, que poderia ter uma visão global e independente de todo o processo e uma diferente abordagem.

Assim, espera-se responder da melhor maneira às exigências da ACSS.

1.3 Método seguido no projecto

O Projecto **SIGIC/CTH – Levantamento de Processos** dividiu-se em duas grandes fases: documentação, análise e optimização dos processos organizacionais e procedimentos de trabalho existentes no Hospital e acompanhamento da solução TI (Tecnologias de Informação) no suporte à actividade SIGIC e CTH.

A primeira fase do projecto iniciou-se com a integração na organização e com a familiarização com os projectos, através da leitura do “Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia – Processo de Gestão do Utente” (Manual do SIGIC) e de várias pesquisas sobre temáticas da saúde. Estas pesquisas foram essenciais principalmente para a abordagem à Consulta a Tempo e Horas, pois para este sistema ainda não foi disponibilizada documentação de suporte, pela ACSS.

Para o levantamento dos circuitos existentes no Hospital, foi realizado um guião e foram efectuadas entrevistas nos vários serviços.

Com base na informação recolhida, foi feita a documentação dos circuitos existentes e o desenho e optimização do processo.

Durante a segunda fase do projecto, para permitir uma adequada utilização e exploração da solução TI, procedeu-se a uma actualização da versão do software, validação dos circuitos e testes funcionais, instalação e validação das interfaces, formação dos utilizadores e finalmente a passagem à produção (*GO LIVE*).

Em anexo (*vide* anexo B), apresenta-se o cronograma do estágio.

1.4 Análise comparativa de abordagens existentes e das suas vantagens e inconvenientes

Para uma melhor percepção dos principais factores que diferenciam actualmente o Hospital da Prelada dos outros hospitais e quais as oportunidades e ameaças que se adivinham com a implementação da CTH e do SIGIC, foi realizada a análise SWOT, representada na tabela 1.

Tabela 1 – Matriz SWOT SIGIC/CTH

<i>Strenghts</i> (Pontos Fortes)	<i>Weaknesses</i> (Pontos Fracos)
✓ Instituição acreditada pelo HQS ✓ Bloco optimizado – há actividade cirúrgica em todos os tempos cirúrgicos ✓ Inexistência de falhas de recursos (físicos e humanos) necessários à realização das cirurgias ✓ Primeiras consultas de especialidade hospitalar marcadas dentro do tempo máximo estabelecido pela CTH	✗ Muitos doentes na LIC (Lista de Inscritos para Cirurgia) acima do TMRG (Tempo Máximo de Resposta Garantido) estipulado pelo SIGIC ✗ Especialidade de Ortopedia dividida em dois serviços ✗ Ausência de uniformização nos procedimentos dos serviços do Hospital ✗ Fraca qualidade de informação ✗ Ausência de vários registos ✗ Atrasos a nível da codificação
<i>Opportunities</i> (Oportunidades)	<i>Threats</i> (Ameaças)
✓ Transparência na prestação de serviços aos doentes ✓ Integração em programas que permitem melhorar a gestão das consultas externas e da lista de doentes inscritos para cirurgia ✓ Afectação de meios de acordo com as necessidades ✓ Redução do número de inscritos para cirurgia ✓ Existência de hipótese de o Hospital vir a funcionar também como hospital de destino (exemplo: reduzido número de doentes em Urologia)	✗ Transferência de doentes para outros hospitais ✗ Penalizações originadas pelas desconformidades devido ao incumprimento de regras do SIGIC ✗ Resistência às mudanças estruturais, organizacionais e culturais ✗ Reduzido número de Centros do Saúde que referenciarão o Hospital

1.5 Estudo e Desenvolvimento do Protótipo HP-SIGIC no Projecto SIGIC/CTH – Levantamento de Processos

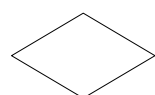
O desenho dos circuitos foi realizado em fluxogramas multifuncionais, através do aplicativo Microsoft Office Visio. A vermelho estão representadas as actividades propostas, a implementar no circuito actual.

A nomenclatura utilizada foi a seguinte:

 O rectângulo com os vértices arredondados representa o início ou fim de processo.

 O rectângulo representa uma actividade, ou seja, uma etapa do processo e é preenchido com a sua descrição.

 As setas indicam a direcção do fluxo do processo.

 O losango representa uma etapa de decisão e é preenchido com uma interrogação, cuja resposta determina o caminho a seguir após esta etapa.

 O elemento de ligação para outra página é utilizado para dar continuidade ao circuito numa outra página.

 O símbolo de sub-processo foi utilizado para indicar que naquela etapa ocorre um processo, com o mesmo nome, já descrito anteriormente.

 A actividade é efectuada informaticamente.

 A actividade é efectuada em papel.

 Registo em dispositivo móvel (PDA)

 Envio ou recepção de carta

 Recepção de fax

 Envio de mensagem escrita de telemóvel (SMS)

 Contacto telefónico



Contacto presencial



Actividade desempenhada pelo Director de Serviço



Actividade desempenhada pelo Médico

1.6 Temas Abordados e sua Organização no Presente Relatório

O presente relatório encontra-se dividido em seis capítulos.

No segundo capítulo apresenta-se o estado da arte dos processos que suportam a actividade de gestão das listas de espera para cirurgia. Após uma introdução do tema, descrevem-se as medidas tomadas por alguns países da OCDE⁴ (Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económicos) para combater esta problemática e as iniciativas governamentais implementadas em Portugal.

O terceiro capítulo descreve a primeira fase do projecto, em que foi efectuada uma pesquisa sobre os programas a implementar e foi elaborado o guião das entrevistas realizadas. Com base nas respostas obtidas, foi desenhado o circuito existente no Hospital.

No quarto capítulo apresentam-se algumas mudanças tecnológicas e estruturais que o Hospital vai sofrer, como a integração do SIH (Sistema de Informação Hospitalar) com o *Alert P1* e com o SIGLIC (Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia) e a criação da UHGIC (Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia). Apresenta-se o circuito proposto para o Hospital, tendo em conta as exigências da CTH e do SIGIC, e as acções de formação ministradas aos funcionários.

No quinto capítulo é apresentado o protótipo HP – SIGIC, que reflecte o mapeamento do processo de gestão de doentes, em que é referida a função de cada um dos intervenientes.

Por fim, no sexto capítulo apresentam-se as conclusões e as propostas de trabalhos futuros.

⁴ <http://www.oecd.org/home/>

2 Listas de espera para cirurgia

2.1 Apresentação do tema

As listas de espera são uma das maiores preocupações políticas a nível da saúde, não só em Portugal, mas também em cerca de metade dos países da OCDE (Hurst e Siciliani, 2003). Assim, nos últimos anos, tem havido por partes dos governos destes países, um conjunto de iniciativas que pretendem combater este problema que provoca uma crescente desconfiança por parte da sociedade.

Embora a discussão desta problemática incida geralmente sobre o período que decorre entre a data em que o médico especialista propõe uma intervenção cirúrgica até ao dia da realização da mesma, na verdade, esse período corresponde apenas a uma parte do tempo total de espera de um doente. Sendo assim, para a resolução deste problema, é preciso ter em conta que o tempo de espera total é a soma de várias etapas que se iniciam no momento em que um médico assistente solicita uma primeira consulta de especialidade hospitalar. Por isso, as medidas a implementar têm que abranger todo este período.

Para Pita Barros⁵ (2008), “os factores que levam à existência de listas de espera para intervenção cirúrgica podem, então, ser agrupados em três categorias:

- **Aumento da procura** de intervenções cirúrgicas – em cuja base estão aspectos como o envelhecimento da população, opções clínicas associadas à introdução de novas tecnologias, expectativas dos utentes, etc;
- **Definição da capacidade da oferta** – de que é exemplo o número de blocos operatórios disponíveis;
- **Eficiência da organização prestadora de cuidados de saúde** – onde estão incluídos factores como a organização funcional dos serviços, a incerteza/variabilidade do desempenho clínico, o empenho dos recursos humanos, etc”.

Quer a nível nacional como a nível internacional, as duas últimas categorias têm sido o centro das actuações de combate. As actuações do lado da procura são mais complicadas pois é difícil controlar o aumento da necessidade de cirurgias devido ao envelhecimento da população e às expectativas crescentes com a adopção de novas tecnologias.

Embora em termos de opinião pública as listas de espera sejam vistas “como resultado de uma incapacidade do sistema de saúde em satisfazer as necessidades elementares de saúde dos cidadãos” (Pita Barros, 2008), na verdade, uma das explicações para o seu aumento, tem a ver com os “importantes avanços na tecnologia cirúrgica e de anestesia, ao longo das últimas duas ou três décadas. Estes avanços aumentaram grandemente o alcance, a segurança e eficiência aos procedimentos cirúrgicos oferecidos pelos sistemas de saúde modernos” (Pita Barros, 2008).

Analisando os tempos de espera nos países da OCDE, uma das regularidades detectadas foi que, tempos de espera elevados ocorrem sobretudo em países que combinam seguro de saúde público e restrições na capacidade instalada. Assim, “a existência de listas de espera para cirurgia decorre de um desfasamento entre a intensidade da procura (chegada de novos

⁵ Pedro Pita Barros – Professor Catedrático na Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa

doentes para intervenção cirúrgica) e da capacidade do sistema de saúde na resolução dessas solicitações” (Pita Barros, 2008).

Outro aspecto curioso desta temática é a relevância do factor / preço. Embora o SNS dos países da OCDE ofereça custo nulo ou reduzido no consumo de cuidados de saúde, não é ético pensar que um aumento do preço da realização de uma intervenção cirúrgica poderia levar a uma diminuição da procura. Na realidade, com a existência de preços superiores, haveria doentes que poderiam optar por não ser intervencionados; contudo não é socialmente admissível esta exclusão por motivos económicos. Não é viável, então, a colocação de barreiras financeiras ao acesso dos pacientes aos serviços de saúde, como forma de diminuir a procura (Hurst e Siciliani, 2003).

Seguindo a mesma linha de pensamento, embora pudesse ser eficiente haver pagamentos para trocas de lugar entre as pessoas que se encontram na mesma lista de espera, também não seria moralmente adequado fazê-lo. Há então um confronto entre equidade e eficiência.

A existência de listas de espera para cirurgia é um aspecto quase inevitável pois analisando a fonte de potenciais doentes a ser inscritos, conclui-se que a dimensão da população é infinita e as inscrições são incontáveis, aleatórias e independentes do estado do sistema. Com efeito, não se pode prever com certeza o tempo que decorre entre inscrições consecutivas na lista de espera para cirurgia, assim como a probabilidade de ocorrer uma nova inscrição não é influenciada pelo número de doentes que já estão inscritos. Por outro lado, a capacidade de tratamento dos hospitais não tem uma flexibilidade de adaptação imediata pois os valores já estão previamente estipulados pelo contrato-programa.

O SNS tem então de estabelecer um *trade-off* entre estes dois factores, tendo sempre em conta que uma capacidade que satisfaça a procura máxima originará desperdícios de recursos nas restantes condições e que se o Hospital não tiver capacidade para tratar a procura máxima, originará listas de espera.

A optimização dos sistemas de filas de espera consegue-se encontrando um equilíbrio entre a oferta e a procura, ou seja, entre o custo do serviço prestado pelo hospital e o “custo do tempo” perdido pelos doentes na lista de espera. Este “custo do tempo” só é possível obter-se, impondo a restrição que os doentes não podem esperar, em média, mais do que um certo tempo limite a especificar e parametrizar. Assim, tendo noção do tempo aceitável de espera, *“apenas quando o tempo de espera exceder o valor clinicamente aceitável se terá uma preocupação com as listas de espera”* (Pita Barros, 2008).

Esta nova abordagem ao problema faz com que o indicador necessário para a sua resolução não seja o número de pessoas em lista de espera.

A agregação de situações, ou seja, agrupar as necessidades e redistribuí-las pelas instituições de cuidados de saúde, também é uma forma de atingir o equilíbrio pois, hospitais pequenos com uma área de atracção também pequena, originam maior variabilidade da procura e os hospitais grandes com grandes áreas de atracção terão menos problemas em termos de imprevisibilidade da procura de cirurgias.

2.2 Um problema internacional

Sendo as listas de espera uma problemática internacional, interessa saber como é que os outros países abordaram esta temática.

Inicialmente optou-se por uma estratégia que consistia em aumentar os recursos disponibilizados. Contudo, esta medida revelou-se ineficaz, provocando mesmo, em alguns casos, um aumento das listas de espera, como aconteceu, por exemplo, na Nova Zelândia.

Este insucesso originou uma mudança estratégica, em que se procurou implementar “*soluções baseadas numa melhor gestão das organizações de saúde*” (Pita Barros, 2008).

“*Os gestores do SNS espanhol tradicionalmente utilizaram três medidas básicas para encurtar as listas de espera: subcontratação, programas especiais e actualização das listas de espera*” (Pita Barros, 2008).

Em Madrid, o “*Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica*” (“Plano Integral de Redução da Espera Cirúrgica”) iniciado em 2004 teve dois objectivos fundamentais: implementar uma série de medidas específicas para a adequação imediata da oferta assistencial à procura e necessidades dos madrilenos e estabelecer as condições necessárias para garantir o direito à garantia de resposta cirúrgica assistencial (Consejería de Sanidad y Consumo, 2004).

Tendo um sistema de informação articulado, este Plano contém um conjunto de medidas, agrupadas nas seguintes linhas de actuação:

1. Melhorar a integração e coordenação assistencial;
2. Aumentar a actividade cirúrgica;
3. Melhorar a gestão da lista de espera cirúrgica;
4. Facilitar e impulsionar os planos de reordenação e melhora, tanto dos Cuidados Primários como dos Especializados.

Com estas medidas pretender-se-ia reduzir o tempo médio de espera para as intervenções cirúrgicas.

No Reino Unido foi implementado em 2004 o “*NHS Improvement Plan*” (“Plano de Melhoria do Serviço Nacional de Saúde”), com a ideia que em 2008 ninguém teria que esperar mais de 18 semanas por um tratamento hospitalar (DH, 2004).

Assim, uma vez definido o objectivo, uma equipa formada por especialistas de gestão, clínicos e técnicos do NHS (*National Health Service*) e do DH (*Department of Health*) avaliou o sistema em vigor e concluiu que era necessária uma modernização e melhoria dos acessos a serviços de saúde.

Os representantes do NHS, numa avaliação inicial, estabeleceram quatro grandes desafios operacionais: redução dos grandes tempos de espera; gestão dos doentes que se encontravam em lista de espera; gestão do ambulatório e das actividades de diagnóstico; e reforma do sistema e mudança de ambiente dentro do NHS.

Este Plano foi bem sucedido e desde Dezembro de 2008 que o prazo máximo de espera tem sido cumprido.

Também em 2004, no Canadá, uma das medidas tomadas pelo “*10-year plan to strengthen health care*” (“Plano de 10 anos para reforçar os cuidados de saúde”) foi reduzir os tempos de espera, melhorando o acesso aos cuidados de saúde. O Fundo de Redução dos Tempos de Espera aumentou os investimentos existentes e foi usado para contratação e formação de mais profissionais de saúde, reforço da capacidade dos centros regionais, promoção da cirurgia de ambulatório e implementação de programas para gerir os tempos de espera (Health Canada, 2004).

Na Austrália, desde 2008 que está em vigor o “*Elective Surgery Waiting List Reduction Plan*” (“Plano de Redução da Lista de Espera para Cirurgia Programada”), com vista a reduzir o número de pacientes que esperam por uma cirurgia programada mais do que o tempo clinicamente recomendado. Esta iniciativa contou com incentivos financeiros para melhorar a capacidade dos hospitais públicos para a realização de cirurgia programada e tornar os territórios mais responsáveis pela sua performance, premiando os que obtiverem melhores resultados (Australian Government, 2008).

Pode-se então concluir “*que a maior preocupação de cerca de metade dos países da OCDE corresponde ao tempo de espera para cirurgia programada. As abordagens que vários países tiveram centraram-se na **Oferta**, procurando aumentar os recursos disponíveis (camas, especialistas, salas de bloco), quer no sector público quer com o recurso ao sector privado, e fomentando a produtividade dos recursos instalados; por outro lado na **Procura**, criando prioridades de acordo com a patologia, gerindo a lista de inscritos para cirurgia, incentivando o recurso a seguros privados*” (UCGIC, 2005).

2.3 Programas de recuperação em Portugal até 2004

Os programas realizados em Portugal para recuperação das listas de espera dividem-se em dois grandes grupos: programas que pretendem incentivar a realização de produção adicional e programas que se apoiam em sistemas de informação que possibilitam a gestão dos doentes inscritos para cirurgia.

Contudo, “*os programas centrados na disponibilização de verbas adicionais para a realização de cirurgias não tiveram como resultado principal a redução das listas de espera*” (Pita Barros, 2008).

Neste âmbito, houve em Portugal três iniciativas:

- PERLE – Programa Específico de Resolução de Listas de Espera (1995);
- PPA – Programa de Promoção do Acesso (1999);
- PECLEC – Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (2002).

2.3.1 PERLE

O PERLE foi desenvolvido pelo XII Governo Constitucional, liderado pelo Professor Cavaco Silva, com o objectivo de diminuir as listas de espera através da contratação de serviços de cirurgia no sector privado (Listas de Espera Cirúrgicas, 2004).

Na fase de implementação, este programa teve um baixo índice de execução pois houve uma fraca adesão por parte dos hospitais privados, devido a problemas financeiros. Com a mudança de governo foi insustentável a sua continuação.

2.3.2 PPA

Perante o insucesso, o novo governo começou por financiar projectos específicos de recuperação das listas de espera, que deram origem ao PPA. Os fundos eram direccionados para a execução de actividades adicionais nas unidades públicas, embora, se necessário, fosse possível recorrer a entidades privadas (Listas de Espera Cirúrgicas, 2004).

Os serviços cirúrgicos dos hospitais públicos que quisessem aderir a esta iniciativa tinham de realizar as cirurgias em horas extraordinárias, sendo que os elementos da equipa cirúrgica

eram remunerados de acordo com o valor previamente estipulado na tabela e por cada doente operado.

Este programa também falhou devido à falta de recursos (principalmente salas de bloco adequadas), ao facto do regime de incentivos não abranger as especialidades além da cirurgia e à ambiguidade das remunerações obtidas pelas horas extraordinárias com prejuízo para a prestação em horário normal.

2.3.3 PECLEC

Com a Resolução de Conselho de Ministros nº 100/2002, de 26 de Abril, foi aprovada a criação do PECLEC, terminando assim a designação PPA. Este programa *“foi concebido com um carácter temporário (duração de dois anos) para fornecer uma resposta rápida e eficiente às situações emergentes e críticas dos utentes, dada a existência de longas listas de utentes a aguardar por uma cirurgia”* (UCGIC, 2005).

Os principais objectivos do PECLEC eram:

- Estabelecer um regime de atendimento em função da antiguidade na lista de espera, mas tendo em conta a prioridade clínica dos casos urgentes;
- Criar uma instância para a qual o doente pudesse reclamar, em caso de prejuízo do seu direito, aos cuidados de saúde do SNS;
- Estabelecer um sistema de concorrência entre os sectores público, social e privado.

Foi também constituída uma comissão de acompanhamento da execução do Programa em cada ARS (Administração Regional de Saúde), composta por representantes da Ordem dos Médicos, sector social, Federação Nacional dos Prestadores de Cuidados de Saúde, dos utentes e da respectiva ARS (Listas de Espera Cirúrgicas, 2004).

O governo pretendia combater as listas de espera e estabelecer, por patologia, o TECA (Tempo de Espera Clinicamente Aceitável).

Apesar de ter havido aumento da actividade, as listas de espera não diminuíram porque houve desvio de recursos e de atenção da actividade programada para a actividade extraordinária e uma potencial alteração do factor clínico, ou seja, uma maior procura de cirurgias por supostamente haver mais condições para as realizar.

Rapidamente se constatou que, uma vez passados os dois anos, o problema do tempo de espera se iria agravar, pois como refere Pita Barros (2008), *“toda a discussão em torno desses programas esteve centrada no número de pessoas em listas de espera e na capacidade, ou não, em reduzi-la. Não foi produzida informação sistemática sobre os tempos de espera.”*

2.4 SIGIC

Aproximando-se o fim do programa PECLEC e com o intuito de continuar este combate, a Resolução de Conselho de Ministros nº 79/2004, de 3 de Junho, criou o **SIGIC**, pois verificou-se *“que:*

- *Um número considerável de utentes permanecia em espera por períodos de tempo inaceitáveis;*
- *Não havia garantias de igualdade no acesso dos utentes às cirurgias;*
- *Não havia uniformidade e transparência nos processos de selecção e agendamento;*
- *As instituições não eram responsabilizadas pelo facto de terem os utentes em espera por tempo excessivo;*

- *Não estavam consagrados direitos e deveres específicos dos utentes*” (Portal da Saúde, 2006).

O objectivo deste novo programa é o de **reduzir o tempo médio de espera** por uma cirurgia e controlar o tempo máximo de espera. Assim, todos os doentes que precisem de uma intervenção cirúrgica têm que estar inscritos na LIC e intervencionados num tempo de espera clinicamente aceitável.

Este Sistema pretende ser universal, abrangendo toda a actividade cirúrgica programada dos hospitais do SNS, apoiando a sua gestão em unidades criadas a nível central, regional e local e tendo como suporte informático uma aplicação integradora de todos os sistemas informáticos existentes nos hospitais, complementada por um desenho do sistema de saúde que assegura uma maior produtividade e produção.

A UCGIC (2005) explica que “o desenvolvimento do SIGIC iniciou-se em Janeiro de 2004 e contou com a participação de diversas entidades, nomeadamente vários hospitais públicos e privados, Administrações Regionais de Saúde (ARS), Direcção Geral da Saúde⁶ (DGS), IGIF⁷, entre outros”.

O estudo iniciou-se pela recolha das principais experiências internacionais em países como Espanha, Reino Unido, Dinamarca, Canadá, Austrália e Nova Zelândia (figura 2).

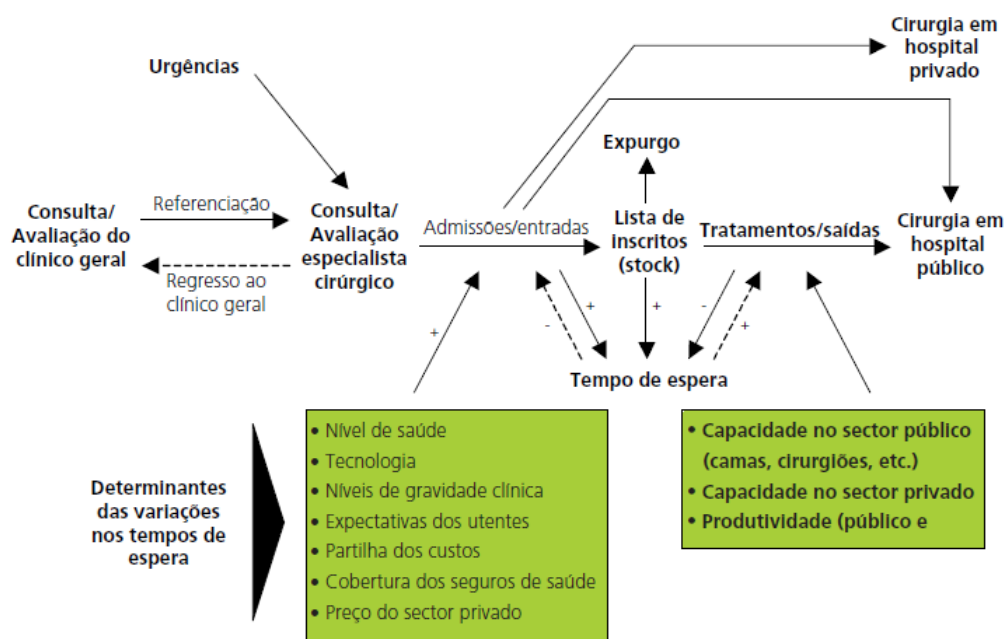


Figura 2 – Observação da experiência internacional: fluxos e determinantes do tempo de espera (UCGIC, 2005)

Analisando os principais factores encontrados pelos vários países, pode-se definir sete grupos de soluções:

⁶ <http://www.dgs.pt/>

⁷ À data da elaboração do Manual do SIGIC, 2005, a ACSS tinha o nome de IGIF.

- a) Centralização da gestão da LIC – os recursos disponíveis são otimizados através de informação permanentemente actualizada;
- b) Uniformização do processo de gestão da LIC – garantia de transparência e equidade;
- c) Divulgação da informação sobre a LIC – com formatos para os utentes, para os hospitais e para a sociedade, baseados numa política de verdade e transparência;
- d) Definição de objectivos institucionais – definições de tempo máximo de espera global ou por patologia;
- e) Desenvolvimento de métodos alternativos nas terapêuticas cirúrgicas – cirurgia de ambulatório;
- f) Criação de incentivos ou pagamentos para os profissionais indexados à produção;
- g) Oferta de alternativas de tratamento ao utente – com recurso a instituições privadas e sociais, de forma a garantir os objectivos estabelecidos.

De seguida, definiu-se como região piloto para arranque do novo sistema – Algarve e Alentejo – e realizou-se o levantamento do processo de inscrição e tratamento da lista de inscritos nos hospitais públicos da região piloto e de outros hospitais do país onde estavam documentadas práticas distintas de gestão do processo. Realizou-se, então, o desenho do modelo a nível de processos e sistemas de informação e foram elaborados documentos de suporte ao modelo.

Em Abril de 2004, iniciou-se a apresentação do modelo a distintas entidades e paralelamente, fez-se também o levantamento e análise das listas de inscritos na região piloto e realizaram-se acções de depuração da lista de inscritos pelo confronto dos dados das ARS e dos hospitais.

Em Junho de 2004 foi lançado o processo de implementação na região piloto, através de um forte empenhamento das estruturas organizativas de suporte (UHGIC e URGIC – Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia) em utilizar as novas funcionalidades informáticas desenvolvidas no SIGLIC para a gestão do processo de inscrição do doente e na monitorização contínua de indicadores de evolução da LIC e de avaliação da capacidade instalada (e.g. taxas de ocupação do bloco operatório).

O facto de o SIGIC ter sido introduzido em diferentes momentos nas várias regiões de saúde de Portugal permitiu uma análise comparativa, na qual os hospitais das regiões que adoptaram mais tardiamente o SIGIC funcionassem como grupo de controlo face aos hospitais que iniciaram mais cedo a sua utilização.

Neste contexto, o Dr. Jorge Lima⁸ realizou visitas a três unidades hospitalares, com o objectivo de estudar o processo de implementação do SIGIC. As duas primeiras aconteceram a 6 e 27 Setembro de 2005, ao Instituto Português de Oncologia do Porto e ao Hospital de São Sebastião (Santa Maria de Feira), respectivamente. A última, realizada aos Hospitais da Universidade de Coimbra, ocorreu no dia 22 de Maio de 2009 e contou também com a presença do Dr. Fernando Vieira e do Eng. José Sousa⁹. A finalidade destas visitas foi permitir analisar como é que os diferentes hospitais se estavam a adaptar ao SIGIC e perceber que o grande desafio para o Hospital da Prelada estaria relacionado com a concepção de processos organizacionais e estruturais.

⁸ Dr. Jorge Lima – Responsável pelo Serviço de Tecnologias de Informação do Hospital da Prelada

⁹ Dr. Fernando Vieira e Eng. José Sousa – Membros da UHGIC do Hospital da Prelada

O SIGIC está então “centrado nos princípios da transparência dos processos de gestão, da equidade no acesso ao tratamento cirúrgico e da responsabilização, quer dos utentes, quer das instituições, consubstanciados nos seguintes pressupostos:

- Garantia de tratamento no final de um período de tempo máximo de espera previamente estabelecido;
- Maior compromisso do hospital para com o utente;
- Maior envolvimento do utente;
- Uniformidade do processo de gestão da lista de inscritos;
- Maior controlo e transparência relativamente à evolução na Lista de Inscritos para Cirurgia” (Portal da Saúde, 2006).

Analisando os gráficos das figuras 3 e 4, pode-se constatar que desde 2005, a mediana do tempo de espera na LIC tem vindo a ter uma progressiva redução, o que origina também uma diminuição do número de inscritos para cirurgia (ACSS, 2010). Esta tendência demonstra que quanto maior for a eficiência, maior será o número de pessoas tratadas num mesmo espaço de tempo, o que permitirá reduzir, para igual número de pessoas em lista de espera, o tempo de espera para intervenção.

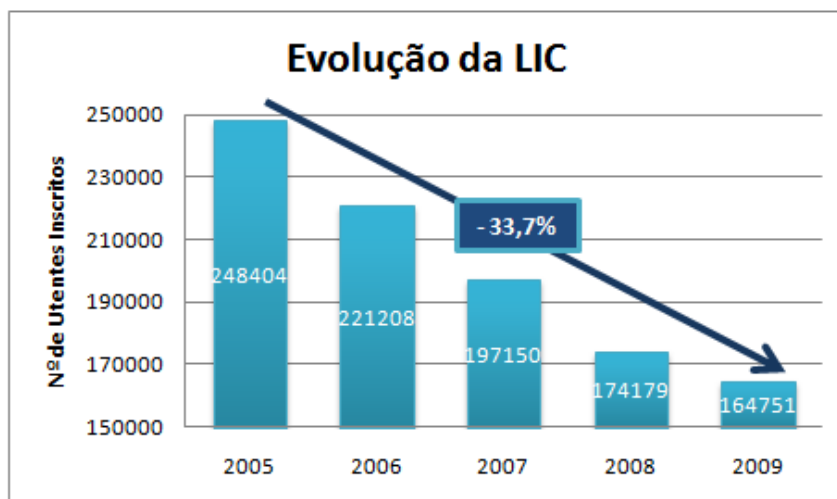


Figura 3 – Evolução da LIC de 2005 a 2009

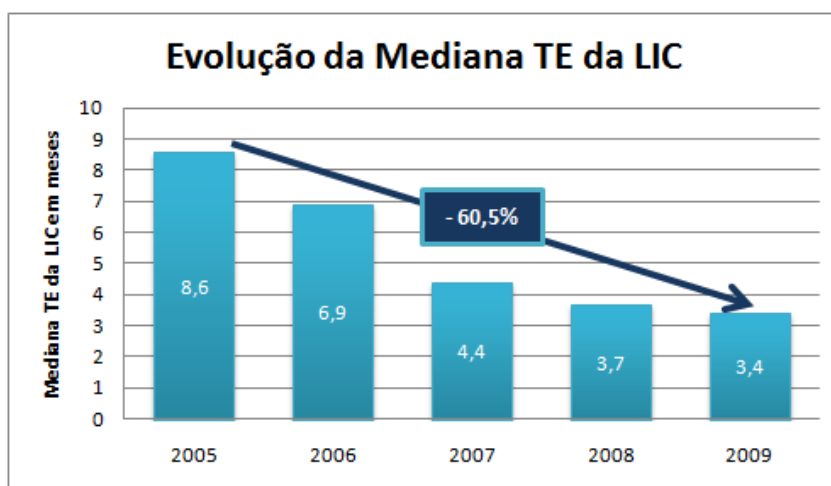


Figura 4 – Evolução da Mediana TE da LIC de 2005 a 2009

O número de doentes inscritos há mais de um ano, em cinco anos, desceu de 90000 para 17082, mas ainda se situa muito acima do admissível. Apesar destes valores, Manuel Pizarro¹⁰, refere que “os casos extremos tendem a desaparecer. Se, em cada seis meses, diminuir o tempo de espera, o número de doentes em espera há mais de um ano e o de doentes que esperam mais do que o tempo máximo, dou-me por satisfeito” (Carneiro, 2010).

Sendo que um dos objectivos do SIGIC é permitir um maior envolvimento dos doentes em todo o processo, foi criado o e-SIGIC (figura 5), que consiste num programa informático através do qual todas as pessoas que estejam inscritas para cirurgia podem conhecer a posição que ocupam na respectiva lista e o tempo dentro do qual serão intervencionadas.

Para utilizar este programa, que está em funcionamento desde o dia 23 de Dezembro de 2009, os inscritos apenas terão que aceder, através da Internet, ao site do Portal da Saúde e efectuar o seu registo utilizando o número de utente do SNS. Em seguida, ser-lhe-á atribuída uma *password*, com a qual poderão consultar o respectivo processo.

**Figura 5 – Ficha do doente no e-SIGIC
(Portal da Saúde, 2006)**

Concluindo, também em Portugal, depois do fracasso de intervenções públicas iniciais que tinham como base o aumento da capacidade de resolução de listas de espera através da utilização de mais recursos e focando a discussão pública no número de pessoas em lista de espera, passou-se, com a criação do SIGIC, para uma filosofia de aumento de produtividade do sistema de saúde, passando o enquadramento da discussão pública para o tempo mediano de espera.

Assim, o objectivo final do enquadramento estratégico do SIGIC será obter um processo de melhoria contínua baseado numa gestão integrada da produção cirúrgica, num ajustamento das transferências aos tempos clinicamente admissíveis e na optimização da oferta à procura face à capacidade instalada numa perspectiva de eficiência e qualidade.

¹⁰ Manuel Pizarro – Actual Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

3 Levantamento de processos no Hospital da Prelada

3.1 Contextualização do projecto

Para integração no projecto, foi necessário recolher informação sobre os dois sistemas a implementar no Hospital da Prelada. Sendo ambas iniciativas governamentais, toda a documentação existente teve como base portarias publicadas em Diário da República.

Para facilitar a implementação do SIGIC nos hospitais portugueses, a UCGIC (Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia) elaborou o “Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia – Processo de Gestão do Utente” (figura 6), que tem como objectivo compilar de uma forma clara os critérios relacionados com gestão dos processos dos utentes na LIC. Encontra-se dividido em sete secções principais:

1. Objectivos do Manual;
2. Enquadramento conceptual e organizacional do SIGIC;
3. Responsabilidades das entidades envolvidas na gestão da LIC;
4. Descrição das etapas do processo de gestão da LIC;
5. Descrição das situações que podem levar alterações do registo do doente;
6. Descrição das desconformidades que poderão existir e indicação das respectivas penalizações;
7. Descrição do sistema de alertas criado para a gestão do processo na LIC.

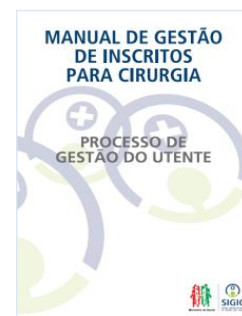


Figura 6 – Manual do SIGIC (UCGIC, 2005)

Este manual é a principal fonte de informação sobre o SIGIC.

Para o “Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar”, resumidamente denominado Consulta a Tempo e Horas, ainda não havendo documentação de suporte, a maior parte da informação recolhida foi sustentada pela Portaria nº 615/2008, de 11 de Julho.

Foi elaborado um resumo de toda a informação pesquisada e com base neste documento foi feito o guião das entrevistas (*vide* anexo C e anexo D) a realizar nos diversos serviços do Hospital. Além deste guião foi também efectuada, no dia 1 de Abril, uma apresentação da CTH (*vide* anexo E) e do SIGIC (*vide* anexo F) ao grupo de trabalho do Hospital responsável pela implementação dos respectivos sistemas.

3.2 Realização das entrevistas

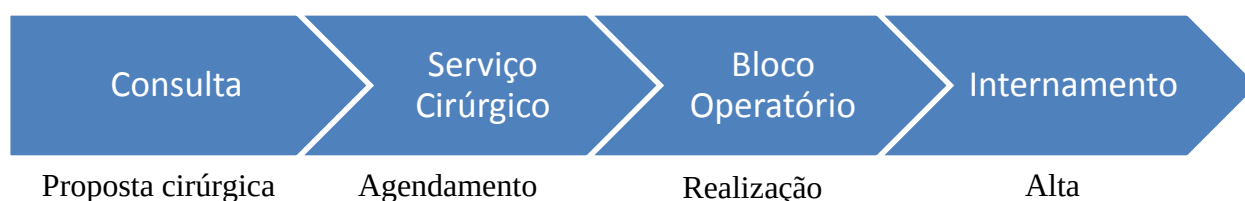
Durante Abril / Maio foram realizadas as entrevistas nos serviços clínicos que intervêm directamente no processo de gestão do doente, bem como nos serviços de apoio ao funcionamento do Hospital. O calendário das entrevistas, assim como os seus intervenientes, está representado na tabela 2.

Tabela 2 – Calendário das entrevistas

Data	Serviço	Função
8 de Abril	UHGIC	Responsável
	Internamento (Gestão de Doentes)	Responsável
12 de Abril	Cirurgia Geral / Urologia	Administrativo
	Ortopedia 5	Administrativo
13 de Abril	Ortopedia 4	Administrativo
14 de Abril	Consulta Externa (Gestão de Doentes)	Responsável
	Bloco Operatório	Administrativo
	UHGIC	Coordenador
	Medicina Física e de Reabilitação	Administrativo
15 de Abril	Cirurgia Plástica Reconstructiva	Administrativo
23 de Abril	Informação para a Gestão	Administrativo
3 de Maio	Facturação	Responsável
	Tecnologias de Informação	Responsável

3.3 Circuito Actual

Com base nas respostas obtidas, foi possível descrever o circuito actual de um doente da ACSS no Hospital da Prelada. Como este projecto foi realizado como apoio à implementação do SIGIC, após o episódio da consulta só será descrito o processo de um doente inscrito para cirurgia. Na figura 7, representa-se as fases de gestão de inscritos para cirurgia existente actualmente.

**Figura 7 – Fases da Gestão de Inscritos para Cirurgia - circuito actual**

3.3.1 Consulta Externa

Marcação

No Hospital da Prelada é possível marcar-se uma primeira consulta de especialidade para Cirurgia Plástica Reconstructiva, Cirurgia Geral, Oftalmologia, Ortopedia, Medicina Física e de Reabilitação e Urologia.

Os pedidos de primeira consulta podem ser recepcionados pessoalmente, por carta, fax, telefone e e-mail. Cerca de 95% destes pedidos são feitos pelos médicos dos Centros de Saúde de todo o país, não havendo por isso nenhuma área geográfica específica obrigatória. A recepção e verificação são feitas pelos Administrativos da Consulta Externa que, no próprio dia ou, no máximo, no dia seguinte fazem o registo no SIH. O doente é registado como Doente PRO (doente provisório). No caso do pedido ser para Cirurgia Geral, Oftalmologia, Medicina Física e de Reabilitação ou Urologia, a consulta é logo marcada. Se for para Cirurgia Plástica Reconstructiva ou Ortopedia, o pedido é encaminhado para a respectiva triagem.

O triador do Hospital é o Director de Serviço do respectivo serviço e não é atribuída nenhuma prioridade clínica na marcação das consultas. Apenas se dividem os casos em normais ou pequenos (nomenclatura de classificação interna), estando estipulado um número para cada um (quatro normais + dois pequenos). Nestas valências, o registo da marcação das consultas também é feita pelos Administrativos da Consulta Externa. Em Ortopedia, a marcação é realizada com diferença temporal não superior a uma semana e em Cirurgia Plástica Reconstructiva, a marcação é feita mensalmente, quando o serviço envia a informação necessária para a Consulta Externa.

Se o pedido for recusado, é enviada uma carta para o Médico Assistente do Centro de Saúde ou para o Médico que requisitou a consulta.

O doente é notificado, no mínimo, cerca de um mês antes da consulta, através do envio de uma carta emitida pelo SIH, sendo enviada uma SMS no dia útil anterior à realização.

Realização

No dia da consulta, o doente deve dirigir-se ao Secretariado da Presença das Consultas Externas e é aberto o seu processo. Com a admissão do doente, o doente passa de Doente PRO a Doente HP. Se não for isento, paga a respectiva taxa moderadora, sendo emitida a factura / recibo. Dirige-se para a sala de espera indicada onde esperará, até ser chamado e acompanhado ao gabinete médico.

Se faltar não é penalizado, mas só é contactado se for uma consulta subsequente ou se houver indicação médica para o fazer. A falta fica registada no SIH.

No decorrer da consulta, o Médico pode considerar o episódio terminado, marcar uma nova consulta ou propor o doente para internamento, no caso de uma Consulta de Medicina Física e de Reabilitação, ou para cirurgia, no caso de Cirurgia Plástica Reconstructiva, Cirurgia Geral, Ortopedia e Urologia.

No caso de ser necessário marcar uma nova consulta são os Administrativos da Consulta Externa que a marcam e registam no SIH.

3.3.2 Inscrição na Lista de Inscritos para Cirurgia

Se no decorrer de uma consulta, o Médico concluir que é necessário proceder-se a uma intervenção cirúrgica, preenche a proposta cirúrgica. O preenchimento é feito num modelo

pré-definido, em papel ou informaticamente, e é utilizada a Classificação Internacional de Doenças (CID-9) para classificar os procedimentos cirúrgicos.

Se o médico preencher a proposta em papel, o que no início de Março deste ano acontecia em 70% dos casos, nesse dia ou no dia seguinte os Administrativos do Serviço de Internamento fazem a transcrição da informação para o SIH. A única excepção é em Cirurgia Plástica Reconstructiva, em que esse registo informático é feito pelas Secretárias de Unidade, dois ou três dias depois da consulta.

O médico entrega a nota de consentimento ao utente, que terá de a assinar no decorrer dessa consulta. Se não o fizer, terá que ser marcada nova consulta. A proposta cirúrgica e a nota de consentimento são um documento único.

Não é feita a validação da proposta cirúrgica, embora haja uma análise do Director de Serviço. O doente fica assim inscrito na Lista de Inscritos para Cirurgia do Hospital da Prelada.

3.3.3 Programação Cirúrgica

A programação de doentes a agendar é feita mensalmente e a lista de doentes para Ortopedia é exportada / impressa pela UHGIC; para Urologia pelo Director de Serviço; para Cirurgia Plástica Reconstructiva por uma Secretária de Unidade, através de um ficheiro em Excel enviado pela UHGIC; e para Cirurgia Geral por uma Administrativa do Serviço de Internamento.

Os doentes a agendar são seleccionados pelos Directores de Serviço, acompanhados pelo Responsável pelo Serviço de Internamento. Elaboram manualmente o Programa Cirúrgico, indicando a identificação dos doentes e o dia em que serão intervencionados. Nos dois dias seguintes, o Programa é registado no SIH pelos Administrativos do Serviço de Internamento ou pelo seu Responsável. A única excepção é em Cirurgia Plástica Reconstructiva, que embora também seja o Director de Serviço a seleccionar os doentes, é o Secretariado do Serviço que regista a informação.

A selecção dos doentes tem em conta a antiguidade na lista de espera e a prioridade clínica de cada patologia. A análise é feita caso a caso, não havendo nenhum método específico.

No dia seguinte ao registo, os Administrativos do Serviço de Internamento agendam a Consulta de Medicina Interna e enviam cartas de aviso aos doentes. Este agendamento é feito tendo em conta a informação do Programa Cirúrgico e sabendo que a consulta terá que ser marcada num dos 15 dias anteriores à cirurgia. Esta chamada é feita com cerca de 30 a 45 dias de antecedência, excepto para Urologia, por ter uma lista de espera menor. O envio das cartas é registado no SIH.

3.3.4 Consulta de Medicina Interna

Dois dias antes da Consulta de Medicina Interna, o processo do doente é enviado do Serviço de Internamento para a Consulta. No dia na consulta, os Administrativos da Consulta de Medicina Interna registam a comparência do doente e indicam-lhes a data de internamento e a data da cirurgia. O Médico de Medicina Interna (Internista) efectiva a consulta e, caso o

doente esteja preparado para cirurgia e precise de realizar análises e/ou exames pré-operatórios (MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica), faz o pedido e o doente é encaminhado para a respectiva Unidade de MCDT para a sua realização.

Se o doente faltar, os Administrativos da Consulta de Medicina Interna também registam essa informação no SIH e os Administrativos do Serviço de Internamento contactam-no por telefone, no sentido de obter uma justificação para actualização da sua situação na LIC do Hospital da Prelada. No caso de Cirurgia Plástica Reconstructiva, esse contacto é efectuado pelas Secretárias de Unidade.

Muitas vezes, os doentes não avisam quando recusam o agendamento e o Hospital só se apercebe disso quando faltam à Consulta de Medicina Interna. Durante o contacto, se o doente disser que recusa o agendamento e indicar uma data em que esteja disponível, volta para a lista de espera. Se não sugerir nenhuma data, é transferido para a lista de suspensos e terá que avisar o Hospital quando estiver disponível. O SIH actual não permite uma filtragem de doentes da lista de suspensos, por isso, a extracção de doentes dessa lista é feita individualmente. Não há limite fixo de recusas, embora, ao terceiro ou quarto contacto recusado, haja pressão do Hospital para resolver essa situação ou então a inscrição poderá ser cancelada. Todas as justificações são aceites, não sendo realizada nenhuma análise. As recusas ficam registadas no SIH no campo de observações.

3.3.5 Plano Operatório

No máximo, no dia seguinte à Consulta de Medicina Interna, o processo físico do doente volta para o Serviço de Internamento, onde permanece até ser enviado protocolado para os pisos de Internamento para as Secretárias de Unidade (para Ortopedia costuma ser enviado dois ou três dias antes da cirurgia; para Cirurgia Plástica Reconstructiva é no dia anterior; para Cirurgia Geral é uma semana antes; em Urologia, por praticamente não ter lista de espera, é enviado para o piso de Internamento logo após voltar da Consulta de Medicina Interna).

O processo clínico do doente inclui: Folha de História Clínica; Folha de Registo Diário das Consultas; Exames Analíticos e Subsidiários para a Consulta; Exames Histológicos; Informação Clínica do Exterior; Folha de Anestesia; Observação de Medicina Interna; Folha de Análises e de Exames Subsidiários para o Internamento; Exames Histológicos; Folha de Unidose; Folhas de Consentimento(s) Informado.

Na véspera da cirurgia, até às 16 horas, a Secretária do Bloco exporta/imprime a lista de doentes agendados para o dia seguinte, por valência e por sala. O Bloco Operatório é constituído por seis salas, cuja distribuição é realizada da seguinte forma:

- Cirurgia Plástica Reconstructiva – duas salas – diária;
- Ortopedia 4 / Ortopedia 5 – três salas – alternadamente;
- Cirurgia Geral / Urologia – uma sala – alternadamente.

Após as 16 horas, a Enfermeira Chefe ou a Enfermeira Responsável prepara os planos de trabalho para o dia seguinte, com base no Plano Operatório, registando informaticamente todos os materiais necessários e distribuindo os recursos humanos pelas salas do Bloco.

A elaboração do Plano Operatório varia consoante o serviço, por isso apresenta-se a descrição de cada um.

Cirurgia Plástica Reconstructiva

Na véspera da cirurgia, o processo físico do doente é enviado para o serviço e é conferido. Eventualmente poderão ser enviados alguns exames como radiografias ou TAC's em envelopes próprios.

Se for cirurgia de ambulatório, o doente entra no hospital no próprio dia da cirurgia. No caso de ser uma cirurgia convencional, entra na véspera e é visto pelo médico, que também confere o processo. Se não houver nenhum problema, o doente é encaminhado para a sala de espera e os enfermeiros indicam o quarto. Os Médicos elaboram manuscritamente o Plano Operatório, indicando os tempos cirúrgicos e distribuem os doentes pelas salas dos blocos. As Secretárias de Unidade esta informação no SIH, que fica acessível a todos os utilizadores, de acordo com o respectivo perfil de acesso. São impressos três Planos: um para a secretaria, outro para a Unidade de Queimados e outro para o Posto de Enfermagem.

O processo do doente é entregue aos enfermeiros e só volta para a secretaria no dia da alta.

Ortopedia 4 / Ortopedia 5

Dois ou três dias antes da data de internamento do doente, a Secretária de Unidade recebe os processos, exames e uma grelha de distribuição com a informação dos doentes a distribuir pelas salas do Bloco. Os Médicos elaboram, em conjunto, o Plano Operatório, distribuindo os doentes pelas três salas do Bloco Operatório. Perante a folha que contém as etiquetas com as informações do doente, o diagnóstico e o nome do responsável cirúrgico, o Médico, na manhã do dia de internamento, indica os tempos cirúrgicos previstos, materiais necessários e eventuais exames a realizar durante o período de internamento pré-cirúrgico. Seguidamente, as Secretárias de Unidade registam toda a informação no SIH. O processo clínico físico mantém-se sempre no piso até à alta de internamento.

Os doentes entram às 13h30, durante a visita médica são avaliados e o Médico confirma as previsões ou altera o que for necessário.

Urologia / Cirurgia Geral

Os Administrativos do Serviço de Internamento enviam um e-mail para informar a Secretária de Unidade que vão seguir, para o piso, os processos dos doentes a serem intervencionados num determinado dia, para na véspera da cirurgia poder ser elaborado o Plano Operatório. Além do e-mail e dos processos, se for necessário, a Secretária de Unidade também tem acesso a exames como radiografias ou TACs. Esse Plano contém as etiquetas com todas as informações sobre o doente e inclui também a sala e o piso do Bloco Operatório, o nome do médico, o diagnóstico e a intervenção. O doente entra às 14h para ser internado, mas, na manhã desse dia, o Médico faz logo a previsão dos tempos cirúrgicos. O processo do doente fica sempre no piso até à alta de internamento.

3.3.6 Internamento

No dia do internamento, os doentes dirigem-se ao Serviço de Apoio para confirmar a sua presença. Caso não compareçam, a falta é registada no SIH.

Após passarem também pelo Serviço de Assistência Social, onde são tratados todos os assuntos relacionados com as condições sociais dos doentes, são encaminhados ao piso de internamento.

As enfermeiras recebem-nos e colocam-lhes uma pulseira impressa a partir do SIH (figura 8), com a cor identificativa do serviço.

O processo físico é entregue às enfermeiras ou médicos e acompanha sempre o doente.



Figura 8 – Pulseira de identificação dos doentes

Caso o doente não tenha comparecido no Hospital é contactado, por telefone, pelos Administrativos do Serviço de Internamento. Se o contacto for bem sucedido e o doente aceitar ser reagendado, é indicada a data em que tem que comparecer para internamento. Se o doente não aceitar o reagendamento é marcada uma nova consulta. Caso o doente esteja incontactável, passa para a lista de suspensos.

Se algum doente faltar, são pesquisados, no SIH, doentes cujas condições clínicas e disponibilidade permita a substituição do doente faltoso.

3.3.7 Realização da Cirurgia

No dia da cirurgia, o registo de entrada do doente no Bloco Operatório (“*Check-in*”), assim como todos os outros registos são feitos no SIH do Hospital, pelos enfermeiros, através de PDAs ou computadores. Todos os registos são validados pela Secretária do Bloco, que caso seja necessário, também os pode efectuar.

O Registo de Cirurgias realizadas inclui: identificação do doente, serviço em que está internado, data da cirurgia, tempos cirúrgicos, tipo de anestesia, identificação do bloco e da sala, acto cirúrgico, tipo de cirurgia, prioridade cirúrgica, intervenção, diagnóstico e constituição da equipa cirúrgica.

Os tempos cirúrgicos registados são: entrada/saída do Bloco; início/fim da anestesia; início/fim da cirurgia e início/fim do recobro.

O relatório da intervenção cirúrgica é elaborado pelo Médico Cirurgião imediatamente a seguir à cirurgia. Os Médicos elaboram o relatório de intervenção cirúrgica no “Livro de Registo Operatório” e com base nesta informação, registam o relato operatório no SIH. O relato inclui: identificação do doente, intervenientes, códigos da cirurgia e o nº da operação. No fim é impresso e anexado ao processo clínico do doente.

No dia seguinte, a Secretária do Bloco, através da informação escrita no “Livro de Registo Operatório” valida informaticamente o registo de todas as cirurgias realizadas e imprime as listagens. Quando o livro está completo, é enviado para o respectivo serviço. A monitorização dos processos da cirurgia, como por exemplo do Movimento Cirúrgico, é feita pela Secretária do Bloco. O Movimento Cirúrgico de cada dia indica o número total de cirurgias realizadas por tipo de cirurgia, por serviço e por médico, nesse determinado dia. Além dessa informação, inclui também o número total de anestésias de cada Médico Anestesta e a sala em que foram realizadas.

Mensalmente, após efectuados todos os registos do processo de gestão do doente, a Secretária do Bloco Operatório, em representação de todos os serviços cirúrgicos, reúne-se com a Administrativa do Serviço de Informação para a Gestão, que lhe indica todos os erros de registos que detectou. A Secretária do Bloco Operatório, após análise conjunta, regista as alterações, corrigindo todos os erros detectados. Após esta verificação, a informação é enviada ao Conselho de Gerência do Hospital.

3.3.8 Alta de internamento

Nas visitas médicas efectuadas já depois da cirurgia, o doente tem alta de internamento (alta clínica) quando o médico verifica que já não precisa de permanecer internado. A Secretária de Unidade regista a alta no SIH e são emitidas três cartas de alta com todas as indicações pós-cirúrgicas: uma é anexada ao processo clínico do doente e as outras duas são entregues ao doente, sendo que uma fica para o próprio e outra é dirigida ao Médico Assistente do Centro de Saúde. Estas cartas contêm também a data da consulta pós-operatória.

Após a alta, a Secretária de Unidade tem 48 horas para verificar todo o processo e enviá-lo para o sector de Codificação do Arquivo.

Se houver alguma desconformidade administrativa, a Secretária de Unidade contacta telefonicamente o Responsável pelo Serviço de Internamento, para procederem às respectivas alterações.

3.3.9 Alta hospitalar

A alta hospitalar corresponde ao fim do episódio e é dada na consulta pós-operatória ou noutra consulta subsequente que o médico julgue necessário marcar. A data desta consulta é marcada pelo médico que deu a alta, consoante o tipo de cirurgia efectuada.

A alta hospitalar é registada pelo médico no processo do doente, mas não é registada no SIH.

4 Modelo a implementar no Hospital da Prelada

Após análise e desenho do circuito actual do Hospital da Prelada e sabendo qual o processo de gestão de doente imposto pela ACSS, foram objecto de estudo as alterações a realizar.

4.1 Sistemas de informação de apoio

O carácter integrador da CTH e do SIGIC tornou indispensável a existência de aplicações informáticas que permitam consolidar a informação existente em todas as unidades de saúde envolvidas e também que funcionem como suporte de algumas etapas dos processos de produção.

A ACSS tem o dever de assegurar que todos os hospitais do SNS têm acesso ao *Alert P1* e ao SIGLIC, programas informáticos da CTH e do SIGIC, respectivamente. A interacção destes programas com os sistemas informáticos dos hospitais é feita “através de um interface, que por via da Rede Informática da Saúde (RIS), transfere a informação gerada nos hospitais, coligindo, validando e distribuindo os indicadores resultantes dessa observação” (UCGIC, 2005). A informação proveniente dos Centros de Saúde é recepcionada da mesma forma.

A nível tecnológico, o maior constrangimento que o Hospital teve foi precisamente a ligação à ACSS através da RIS (figura 9). O pedido foi feito em 2005 e só em Maio de 2010 é que ficou estabelecido. Em relação às ferramentas informáticas, clínicas e de gestão, de suporte à CTH e ao SIGIC não se adivinham grandes dificuldades porque são aplicações que já são utilizadas por outros hospitais, de maior estrutura que o Hospital da Prelada, há muito tempo e são eficazes e eficientes, tendo sido já validadas pela ACSS.

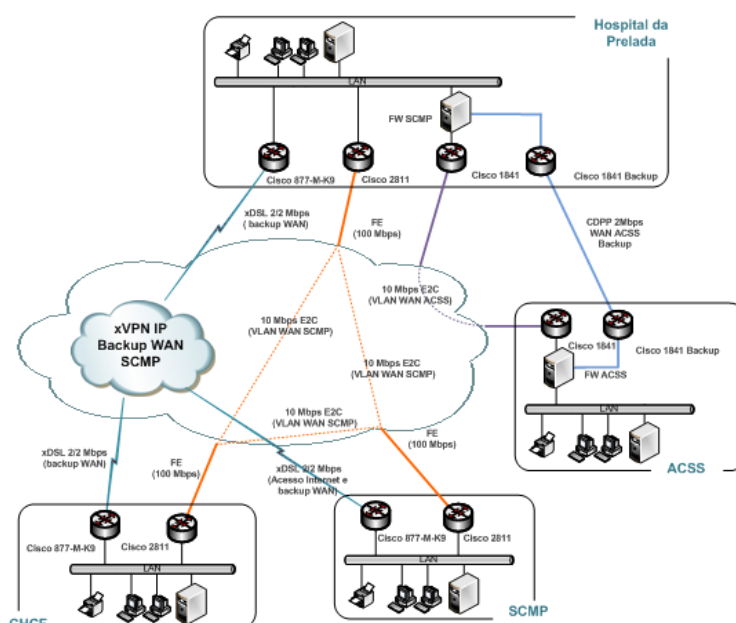


Figura 9 – Esquema da ligação do Hospital da Prelada à ACSS através da RIS

4.1.1 Alert P1

O *Alert P1* é o sistema informático integrado que possibilitou um maior rigor na marcação de primeiras consulta hospitalares, permitindo acompanhar e monitorizar todo o processo desde que é feito o pedido pelo Médico do Centro de Saúde até à sua realização no hospital (Portaria nº 615/2008). Tem como principais vantagens:

- Permitir uma gestão em tempo real dos recursos humanos e técnicos disponíveis;
- Possibilitar uma análise e avaliação objectivas do funcionamento de cada unidade de saúde baseadas em métodos complementares de análise e apoio à decisão;
- Maior protecção da informação clínica do doente, disponível apenas para o médico;
- Auditoria e gestão das listas de espera de primeiras consultas hospitalares.

4.1.2 SIGLIC

O SIGLIC é uma importante ferramenta de gestão que possibilita uma visão geral dos movimentos da LIC e que permite uma interacção entre os hospitais públicos, os hospitais privados, as ARS e a UCGIC.

Toda a informação registada, desde o preenchimento da proposta cirurgia até à alta do processo clínico, está sincronizada e pode ser consultada pelas entidades. Contudo, é no processo de transferências de doentes que este sistema informático tem um papel fundamental pois permite aceder à lista de procedimentos cirúrgicos de cada hospital, à capacidade instalada e aos principais indicadores (UCGIC, 2005).

4.2 UHGIC

Com a implementação do SIGIC, cada hospital teve que constituir uma UHGIC, com elementos que o Conselho de Administração considere fundamentais para a gestão do doente na LIC.

A UHGIC do Hospital da Prelada foi nomeada em Janeiro de 2009 e é constituída por quatro elementos. Segundo a UCGIC (2005), é responsável *“pela centralização da gestão de inscritos para cirurgia do respectivo hospital, pela monitorização interna do processo, pela correcção dos desvios identificados, pela observação da actividade cirúrgica de cada serviço e confrontação com os respectivos objectivos programáticos, pelo esclarecimento de dúvidas ao utente e pelo seu acompanhamento e aconselhamento durante todo o processo de transferência, cabendo-lhes ainda o tratamento das sugestões e reclamações apresentadas”*.

4.3 Circuito Proposto

Neste subcapítulo apresenta-se a descrição proposta para o processo de gestão do doente.

4.3.1 Consulta Externa

Na figura 10 está representado o circuito do sistema CTH e os seus intervenientes.

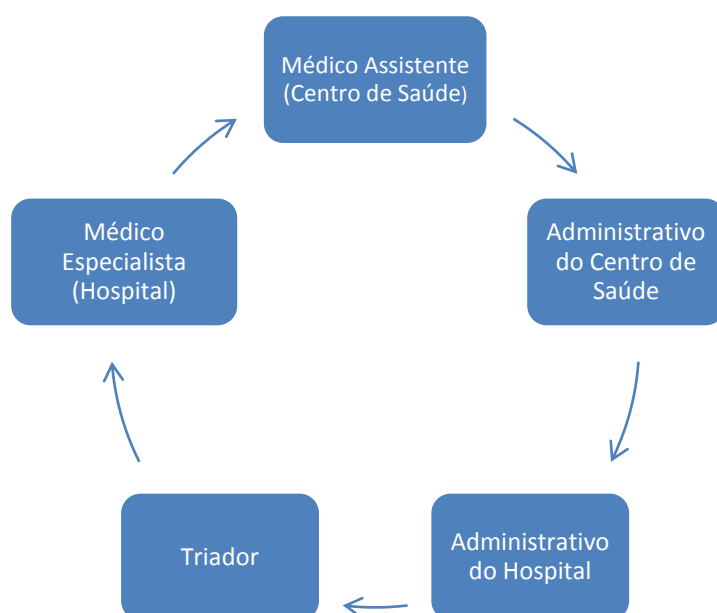


Figura 10 – Circuito da Gestão do Acesso à Primeira Consulta

Marcação

Sendo que 95% dos pedidos de consulta são feitos pelos Médicos dos Centros de Saúde, a maior parte dos pedidos de primeira consulta passará a ser feita por via electrónica através do *Alert P1*.

O Médico Assistente do Centro de Saúde solicita uma primeira consulta de especialidade hospitalar, indicando se o pedido é “urgente” ou “normal”. Se for “urgente” será analisado em primeiro lugar pelo triador do hospital.

O resumo do pedido contém:

- Especialidade;
- Instituição a que se dirige o pedido;
- Justificação;
- História actual (Problema de saúde a resolver; Data de início do problema; Sintomatologia);
- Antecedentes (Antecedentes Pessoais; Antecedentes Familiares);
- Exame objectivo;
- Exames complementares já realizados.

O Administrativo do Centro de Saúde tem três dias para validar os dados do doente e encaminhar o pedido, juntando elementos de identificação e todos os outros documentos (electrónicos ou físicos) que sejam necessários sobre a história clínica, incluindo resultados de exames complementares de diagnóstico.

O Administrativo da Consulta Externa (hospital) faz a recepção, verificação e registo da informação enviada pelo Centro de Saúde e envia o pedido para a triagem. O doente é criado como Doente PRO (provisório) e o Hospital tem três dias úteis para avaliar o pedido e marcar a consulta. Todos os pedidos de consulta de todas as especialidades do Hospital da Prelada passarão a ser sujeitos a triagem feita pelo Director de Serviço ou por um Médico. O triador terá que atribuir prioridade clínica a todos os pedidos. A consulta terá que ser marcada até:

- 30 dias, se for considerada “Muito Prioritária”;
- 60 dias, se for considerada “Prioritária”;
- 150 dias, se for considerada com prioridade “Normal”.

O Administrativo da Consulta Externa (ou o próprio triador) marca a consulta e envia uma carta ao doente indicando o local, data e hora da realização da mesma. Se possível, deve indicar também o nome do médico que o irá examinar. O envio da carta ao doente, assim como qualquer outro contacto durante todo o processo de gestão do doente, tem que ser registado no SIH. É obrigatório o registo dos seguintes dados:

- Data de contacto;
- Tipo de contacto utilizado (telefone, fax, carta, etc.);
- Motivo do contacto;
- Resultado do contacto (não contactável, aceitou, não aceitou, desistiu, etc.);
- Responsável pelo contacto (nome da pessoa que realizou o contacto).

Esse registo tem que ser impresso e anexado ao processo físico do doente porque, embora o SIGIC exija vários registos informáticos, legalmente ainda não existe legislação que suporte o registo e envio de informação via Processo Clínico Electrónico (PCE). Inclusivamente, em casos de realização de auditorias, apenas os processos físicos são verificados.

A marcação da consulta fica acessível a todos os intervenientes no processo através do *Alert P1*. A data da realização da consulta deve ser lembrada ao doente através de uma SMS enviada no dia útil anterior.

O pedido pode ser recusado se o Hospital não tiver condições técnicas na especialidade para o qual o doente foi enviado, como por exemplo, falta de profissionais ou de equipamento adequado. A recusa terá que ser justificada no SIH e o Hospital deve reencaminhar o pedido para outra unidade de saúde na área de residência do utente.

Realização

No dia da consulta, o doente dirige-se ao Secretariado de Presença das Consultas Externas e é aberto o seu processo. Sendo o seu primeiro contacto presencial no Hospital da Prelada, passa a Doente HP e o Administrativo da Consulta Externa terá que preencher obrigatoriamente os seguintes campos:

- Nome;
- Data de Nascimento;
- Sexo;
- Morada;
- Localidade;
- Freguesia;
- Código Postal;
- Telefone;
- Dados para facturação.

Para facilitar esta tarefa, os Administrativos da Consulta Externa vão passar a dispor de um leitor de cartão (figura 11), que regista os dados do doente que constam no Cartão de Utente do SNS. A utilização destes leitores vai permitir uma diminuição nos erros de dados.

Se não for isento, o doente paga a respectiva taxa moderadora e dirige-se para a sala de espera indicada onde esperará, até ser chamado e acompanhado ao gabinete médico.

O doente é examinado pelo Médico que, no fim da consulta, deverá introduzir informação clínica de retorno no SIH. Assim, o Médico do Centro de Saúde tem conhecimento do diagnóstico e indicações para o seguimento clínico da situação, no caso de ter terminado o episódio do doente no Hospital. O processo torna-se mais transparente e o seu desenvolvimento deixa de funcionar num único sentido.

Se o doente faltar, pode-lhe ser exigido o pagamento da taxa moderadora aplicável.



Figura 11 – Leitores de Cartão de Utente

4.3.2 Inscrição na Lista de Inscritos para Cirurgia

As fases da gestão de inscritos para cirurgia vão sofrer pequenas alterações (figura 12).

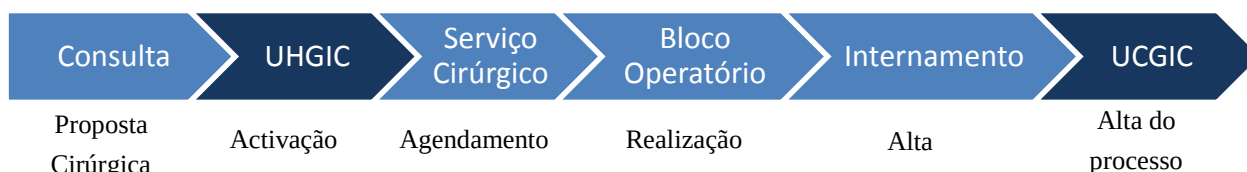


Figura 12 – Fases da Gestão de Inscritos para Cirurgia - SIGIC

A inscrição na Lista de Inscritos para Cirurgia passará a ter três fases, realizadas por três intervenientes diferentes.

A primeira fase corresponde ao preenchimento da proposta cirúrgica, que continuará a ser feito pelo Médico durante a consulta, mas pretende-se que o faça sempre informaticamente através do PCE (figura 13). Os campos a registar obrigatoriamente, sem os quais não será possível gravar a proposta, são:

- Doente;
- Especialidade;
- Diagnóstico;
- Procedimento;
- Tipo de cirurgia;
- Prioridade;
- Data de registo;
- Data de proposta;
- Lateralidade;
- Médico requisitante;
- Data de consentimento do doente.

Figura 13 – Preenchimento da Proposta Cirúrgica no PCE

Após a validação do Director de Serviço, poderão ser alterados os seguintes campos:

- Prioridade;
- Avaliação pré-operatória;
- Problemas associados;
- Suporte peri-operatório;
- ASA¹¹ (*American Society of Anesthesia*).

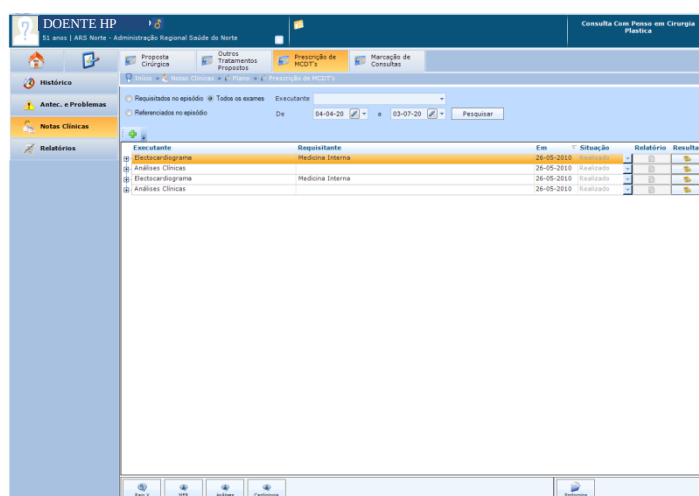
A descrição de cada nível de prioridade a ter em conta pelo médico durante o preenchimento da proposta cirúrgica está representada na tabela 3. A escolha de uma prioridade diferente de nível 1 terá que ser sempre justificada pelo Médico.

¹¹ <http://www.asahq.org/>

Tabela 3 – Níveis de prioridade clínica

Nível de Prioridade Clínica	Grupo de Patologia	TMRG (dias)	Nº de dias para:			
			Validar Proposta	Agendar cirurgia	Informar doente	Transferência
1 – Normal	Geral	270	10	203	20	203
	Cataratas	160	10	45	-	120
	Oncologia	60	10	45	-	45
2 – Prioritário	Geral	60	5	30	10	30
	Oncologia	45	5	23	10	23
3 – Muito Prioritário	Geral	15	2	5	5	30
	Oncologia	15	2	5	5	23
4 – Urgência Diferida	Geral	3	-	-	-	-
	Oncologia	3	-	-	-	-

Após o preenchimento da proposta cirúrgica, o Médico além de fazer o pedido de Consulta de Medicina Interna, prescreve, através do PCE, o protocolo de MCDTs respectivo, que contém as Análises, Exames, Raio X's e Electrocardiogramas (figura 14). Surge então mais uma alteração no circuito, pois esta prescrição e realização eram feitas apenas no dia da Consulta de Medicina Interna e agora a prescrição passará a ser feita no dia da Consulta Externa e a sua realização uns dias antes da Consulta de Medicina Interna.

**Figura 14 – Prescrição dos MCDT no PCE**

A segunda fase do processo de inscrição na LIC é o consentimento do doente. Continuará a ter que ser dado durante a consulta, sendo que o Médico só conseguirá gravar a proposta cirúrgica após inserir a data de consentimento.

A terceira fase corresponde à validação da proposta por parte do Director de Serviço, que tem que verificar se está de acordo com a *legis artis*, com a orientação do serviço e com as regras do SIGIC. Só com a validação, que tem que ocorrer no prazo máximo de cinco dias úteis após a data de registo, o doente passa a estar inscrito na LIC. Até esta altura encontrava-se num estado de pré-inscrito.

Após a validação, o Director de Serviço imprime automaticamente o Certificado de Inscrição e depois de o assinar, a UHGIC tem cinco dias para o enviar ao doente.

Além do Certificado, também tem que ser impressa uma cópia da proposta cirúrgica, que o Director de Serviço tem que assinar para poder ser anexada ao processo do doente.

Se a proposta cirúrgica não for considerada adequada, o Director de Serviço cancela-a, justificando o motivo e será marcada uma nova consulta.

4.3.3 Programação Cirúrgica

Para todos os serviços, a lista de doentes a agendar vai passar a ser extraída pela UHGIC. Esta função continua a ser realizada pelos Directores de Serviço, sendo que a periodicidade será trimestral em vez de mensal.

A selecção dos doentes tem em conta a prioridade, antiguidade (data da proposta) e orientação de patologias a operar por cada especialidade. Para facilitar esta tarefa, o SIH permite efectuar uma pesquisa por progressão, em que é retornada a informação relativa à “Lista de Espera Real”, ou seja, a ordem pela qual os doentes devem ser chamados.

No Hospital, verificou-se que havia escassez de recursos especializados em algumas técnicas cirúrgicas. Assim, embora se deva privilegiar o ajustamento dos recursos à procura de cuidados, tendo em conta a prioridade dos tratamentos dos doentes as patologias para as quais a resposta é escassa, foi necessário definir / identificar as unidades funcionais associadas a cada especialidade, com o intuito de criar sectores por patologia. Neste sentido, as unidades funcionais a constituir são:

- a. UF Anca;
- b. UF Revisão substituição da anca;
- c. UF Joelho;
- d. UF Coluna;
- e. UF Ambulatório Ortopedia;
- f. UF Obesidade;
- g. UF Litíase da vesícula biliar;
- h. UF Varizes;
- i. UF Ambulatório Cirurgia Geral;
- j. UF Reconstrução mamária;
- k. UF Abdominoplastia;
- l. UF Cirurgia pós-obesidade;
- m. UF Ambulatório Cirurgia Plástica;
- n. UF Ambulatório Urologia.

Com a inscrição do doente no Programa Cirúrgico, o doente passa para o estado “Agendado” e fica com uma data de cirurgia associada.

Os Administrativos do Serviço de Internamento transcrevem o Programa para o SIH e nas 24 horas seguintes terão que contactar, por telefone, o doente e indicar-lhe a data em que deverá comparecer para realizar os MCDT prescritos e a Consulta de Medicina Interna. Se o doente recusar a data proposta, regista-se o motivo para poder ser validado pela UHGIC. Se o motivo

for considerado plausível, o doente volta para o estado “Inscrito”. Ao fim da terceira recusa sem motivo plausível ou ao fim de mais de duas tentativas de contacto sem sucesso, a inscrição do doente a LIC é cancelada e a UHGIC tem cinco dias úteis para lhe enviar a carta de saída da LIC.

Todos os contactos com o doente devem ser registados no SIH, mesmo que não sejam bem sucedidos. Como já foi descrito no subcapítulo 4.3.1, no fim de cada contacto, imprime-se o registo e anexa-se ao processo clínico do doente.

Se aos 70% do TMRG um doente (com nível 1 de prioridade) ainda não tiver sido agendado, o SIGLIC emite um alarme, indicando que o doente deve ser agendado ou então deve ser preparado o seu processo de transferência.

Atingindo o número de dias para transferência (*vide* tabela 3) e se ainda não tiver ocorrido o agendamento, o doente é transferido automaticamente através do SIGLIC para a UCGIC, deixando de poder ser agendado para episódios pré-operatórios e operatórios pelo hospital de origem. Se aos 100% o doente ainda não tiver sido intervencionado, o processo também é transferido para a UCGIC e é emitido um vale cirurgia ao doente.

Contudo, se o Médico ou Director de Serviço tiverem indicado que o doente é intransferível, a transferência não acontece, mas tem na mesma que ser intervencionado até ao TMRG.

O hospital de destino da rede SNS é escolhido pela UCGIC e tem em conta os seguintes critérios:

1. Disponibilidade de capacidade para transferências;
2. Disponibilidade para a realização da cirurgia específica;
3. Capacidade instalada para responder a patologias associadas e exames ou tratamentos que o doente possa eventualmente vir a precisar;
4. Proximidade da residência do utente.

Se houver algum hospital SNS disponível, é enviada uma carta registada ao doente com a notificação da transferência, onde é referido o hospital de destino. Se o doente não se pronunciar, considera-se que aceitou a transferência (consentimento tácito).

Se não houver nenhum hospital SNS disponível, é emitido um vale cirurgia, que é enviado ao doente juntamente com uma listagem dos hospitais convencionados disponíveis para realizar a respectiva cirurgia.

O doente pode sempre recusar a transferência e mantém-se na LIC do hospital de origem, tendo este que o intervencionar até aos 100% do TMRG.

Nesta fase inicial de implementação do projecto, o Hospital da Prelada vai apenas funcionar como hospital de origem. No entanto, não se exclui a hipótese de no futuro se tornar também um hospital de destino.

4.3.4 Episódios Pré-operatórios

Como já foi referido no subcapítulo 4.3.2, os MCDT passarão a ser realizados antes da Consulta de Medicina Interna. Essas duas datas em que o doente comparecerá no Hospital serão, com a implementação do SIGIC, lembradas por SMSs enviadas no dia útil anterior às mesmas.

No dia da realização dos MCDT, a comparência do doente é registada por um Administrativo da Consulta Externa e o doente é encaminhado para a Unidade de MCDT, onde realizará todos os MCDT prescritos.

No dia da Consulta de Medicina Interna, a comparência do doente também é registada por um Administrativo da Consulta Externa, que lhe indica a data de internamento e a data da cirurgia. O Médico de Medicina Interna (Internista) efectiva a consulta e analisa os resultados dos MCDT disponibilizados pela Unidade de MCDT. Será elaborado no Processo Clínico Electrónico, um relatório com a justificação clínica da aptidão ou inaptidão do doente para a cirurgia. O Director de Serviço analisa este relatório e valida a lista de doentes agendados.

Se o doente faltar à realização dos MCDT ou à Consulta de Medicina Interna, a falta fica registada no SIH e os Administrativos do Serviço de Internamento contactam o doente, por telefone. Se o doente não apresentar motivo plausível ou se faltar mais que duas vezes mesmo apresentando motivo plausível, a inscrição do doente na LIC é cancelada. Se apresentar motivo plausível, desde que não seja mais que duas vezes, o agendamento é cancelado e volta para o estado “Inscrito”.

4.3.5 Plano Operatório

A implementação do SIGIC vai trazer a uniformização na elaboração do Plano Operatório para todos os serviços cirúrgicos do Hospital da Prelada.

Na véspera da cirurgia, as Secretárias de Unidade dividem os doentes pelas salas do Bloco. O Médico / Director de Serviço avalia o doente e regista informaticamente os tempos cirúrgicos, diagnóstico / intervenção, intervenientes, materiais e observações necessárias (num campo de informação de texto livre).

Com as actualizações do SIH vai ser possível agendar as cirurgias para um determinado doente ou responsável de ocupação de Bloco, ter uma visão geral da ocupação de cada uma das salas de cada Bloco Operatório e consultar os detalhes das propostas cirúrgicas de doentes em lista de espera.

No Bloco Operatório, o processo, na véspera da cirurgia, manter-se-á igual com a Secretária a exportar/imprimir a lista de doentes agendados e a Enfermeira Chefe / Enfermeira Responsável a registar informaticamente todos os materiais necessários e a realizar a afectação dos recursos humanos pelas diversas salas do Bloco.

4.3.6 Internamento

A admissão do doente no dia de internamento não vai sofrer alterações com a implementação do SIGIC, embora o doente passe a receber uma SMS no dia útil anterior para o recordar da data.

Os Administrativos do Serviço de Apoio poderão consultar informação de todos os doentes com admissão prevista para determinada data e tipo de admissão.

A admissão no dia de internamento continua então a ser feita no Serviço de Apoio e seguidamente, após passagem pelo Serviço Social, um Administrativo acompanha o doente ao

piso de internamento, onde os enfermeiros, após atribuírem a cama ao doente, registam, no SIH, a sua localização física, ou seja, o serviço (piso), a enfermaria (ala), sala e cama.

Contudo, se o doente não comparecer no Serviço de Apoio na data prevista, a falta é registada no SIH e o procedimento é idêntico ao da falta do doente aos episódios pré-operatórios.

4.3.7 Realização da Cirurgia

O registo de entrada do doente no Bloco Operatório (“*Check in*”) é efectuado pelos enfermeiros e é registada / confirmada a sala para onde o doente é encaminhado.

Durante a cirurgia, o enfermeiro regista todo o MCC (Material de Consumo Clínico) utilizado e todos os MCDT efectuados através de leitores ópticos.

O registo operatório é efectuado, sempre que possível, via PDA + Solução Táctil. Se não estiverem disponíveis, pode-se efectuar num computador.

Os dados que serão obrigatoriamente registados são os seguintes:

- Doente;
- Origem;
- Serviço executante;
- Anestesia;
- Bloco;
- Sala;
- Acto cirúrgico (Cirurgia, MCDT, Pequena Cirurgia);
- Tipo de cirurgia (Ambulatório, Convencional);
- Tipo (Limpa, Suja, Limpa Contaminada);
- Hora de entrada e saída do Bloco;
- Hora de início e de fim de cirurgia;
- Lateralidade;
- Destino;
- Diagnóstico e procedimento principal;
- Cirurgia principal.

Todos os registos são validados pela Enfermeira Responsável pelo Bloco.

Com base na informação recolhida no registo operatório, o Médico elabora o relatório de intervenção cirúrgica no “Livro de Registo Operatório” e o Relato Operatório no SIH, que após impresso e assinado é arquivado no processo clínico do doente.

Diariamente, a Secretária do Bloco supervisiona todo o registo efectuado ao nível da produção do Bloco Operatório (“*Fecho do Dia*”) e comunica à Enfermeira Responsável todos os erros e anomalias detectados. Não é da responsabilidade da Secretária do Bloco efectuar ou alterar registos, mas apenas monitorizar todo o processo.

4.3.8 Alta de internamento

O processo de alta de internamento não sofre alterações com a implementação do SIGIC. No entanto, se o doente pretender uma nota de alta mais completa do que é actualmente dada, esta pode ser impressa a partir do SIGLIC.

4.3.9 Alta do processo clínico

O Médico dá a alta e as Secretárias de Unidade registam-na informaticamente, imprimem o relatório de alta, validam a conformidade do registo da alta do processo e efectivam-no.

No SIGIC, a alta do processo clínico é dada dois meses após a alta de internamento e não devem existir por resolver desconformidades administrativas, complicações e intercorrências da responsabilidade do Hospital.

Assim termina o processo de gestão de doentes inscritos para cirurgia.

4.4 Acções de formação

Através das entrevistas realizadas, também foi possível concluir que a maioria dos funcionários do Hospital estava pouco informada e sensibilizada sobre estes novos sistemas. Assim, o ponto de partida para a sua implementação teria que passar pela existência de campanhas de motivação e acções de formação dos utilizadores, principalmente a nível de registos obrigatórios, prazos a cumprir, penalizações e remuneração.

Para uma melhor adaptação foi realizada uma acção de formação interna e outra por parte da UCGIC.

A acção de formação interna decorreu de 10 a 12 de Maio e foi dirigida aos Directores de Serviço, elementos da UHGIC, Enfermeira Responsável pelo Bloco Operatório, Secretária do Bloco e Administrativa do Serviço de Informação para a Gestão. Foi realizada pela equipa de projecto e teve por base documentação elaborada em conjunto (*vide* anexo G) e permitiu aos formandos a familiarização com as novas funcionalidades do SIH.

Nos dias 17, 18 e 19 de Maio, estiveram no Hospital da Prelada três elementos da UCGIC e a formação também foi dividida em parte teórica e parte prática. O grupo de formandos foi constituído pelos membros da UHGIC, Directores de Serviço, alguns Médicos, Secretária do Bloco, Administrativa do Serviço de Informação para a Gestão, e, pelo menos, uma Secretária de Unidade de cada serviço. A parte prática consistiu na aprendizagem da utilização do SIGLIC.

5 Protótipo HP - SIGIC

O protótipo HP – SIGIC, desenvolvido no âmbito do projecto, reflecte o planeamento e controlo dos processos relativos à gestão de doentes inscritos para cirurgia. Os fluxogramas funcionais desenhados representam as várias fases existentes e servem para mapear os processos e decisões que cada interveniente terá de executar.¹²

Os intervenientes do Hospital na CTH e no SIGIC são os Directores de Serviço, Médicos, Enfermeiros, Administrativos e UHGIC.

5.1 Consulta Externa

5.1.1 Marcação

Descreve-se, de seguida, o circuito do processo de Marcação de Consulta Externa, cujo fluxograma se apresenta na figura 15.

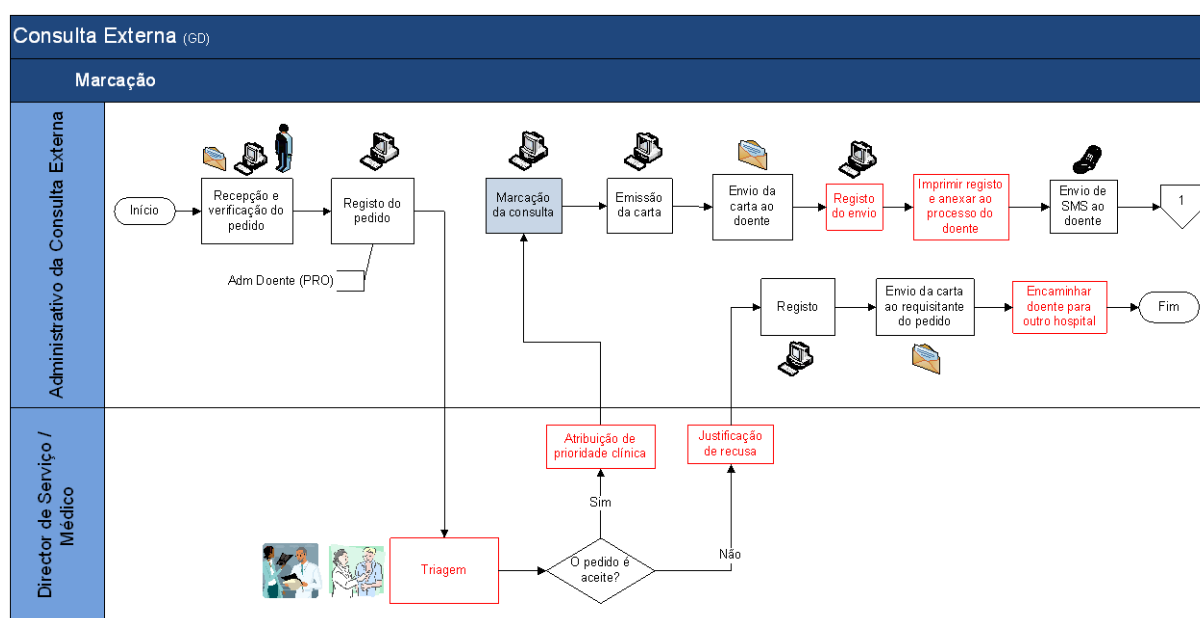


Figura 15 – Fluxograma do circuito do processo de Marcação de Consulta Externa

Administrativo da Consulta Externa

O Administrativo recebe o pedido de consulta, verifica-o, regista-o no SIH e encaminha-o para a triagem.

Se o pedido for aceite, o Administrativo marca a consulta no SIH e emite a carta a ser enviada ao doente. Regista o envio e imprime e anexa o registo ao processo físico do doente.

Se o pedido for recusado, o Administrativo regista a recusa, justificando-a e reencaminha o pedido para outro hospital na área da residência do doente.

¹² Em anexo (vide anexo H) apresentam-se os fluxogramas funcionais do circuito actual.

Director de Serviço / Médico

Todos os pedidos de marcação de primeira consulta serão sujeitos a triagem de um Médico ou do Director de Serviço da respectiva especialidade.

Se o pedido for aceite, o Director de Serviço / Médico terá que lhe atribuir uma prioridade clínica. Se o pedido for recusado, tem que ser justificado.

Doente PRO

Na marcação de uma primeira consulta no Hospital da Prelada, o doente é registado como Doente PRO – provisório. Embora por vezes o pedido possa ser entregue pessoalmente, não é essencial a presença do doente nesta fase.

5.1.2 Realização

Na figura 16 está representado o circuito do processo de Realização de Consulta Externa.

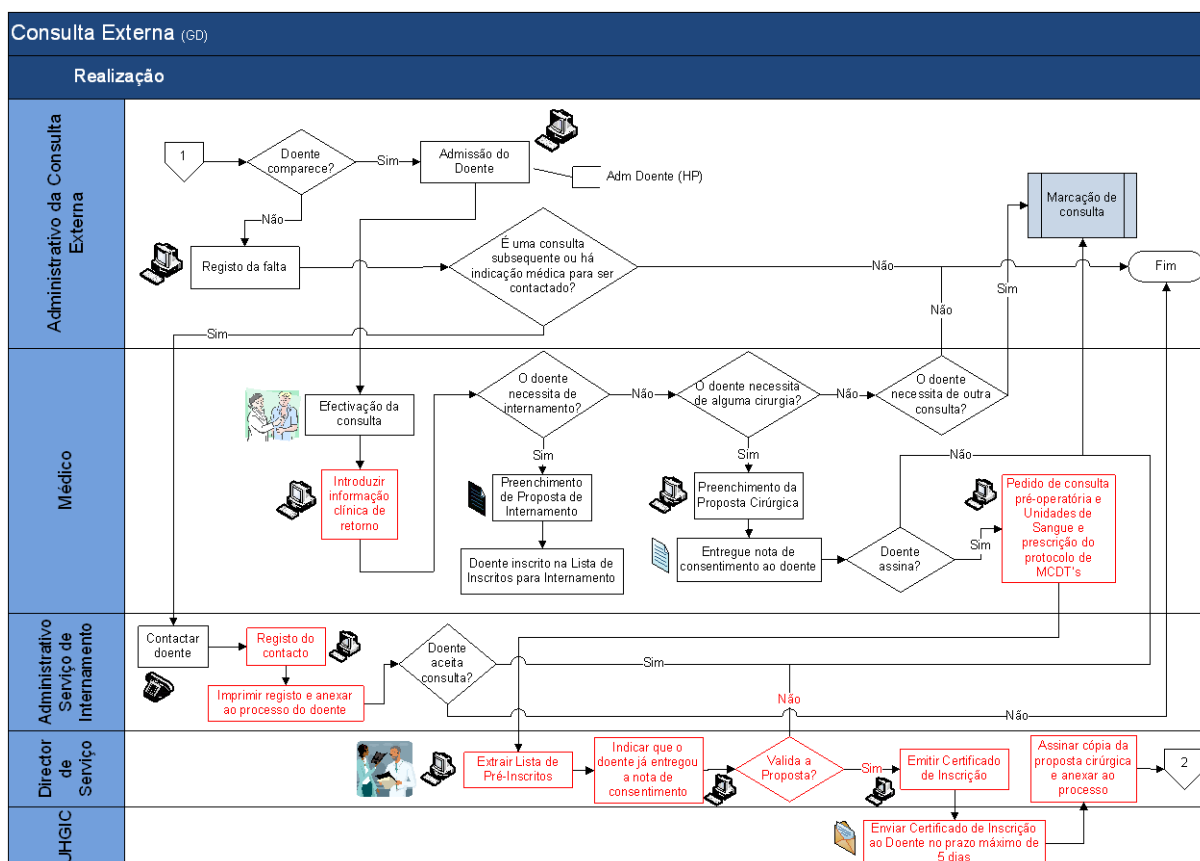


Figura 16 – Fluxograma do circuito do processo de Realização de Consulta Externa

Administrativo da Consulta Externa

No dia da consulta, após a comparência do doente, o Administrativo faz a sua admissão, abrindo-lhe o processo. Se o doente faltar, terá que registar a falta no SIH.

Médico

O Médico Especialista efectiva a consulta e introduz informação clínica de retorno no SIH.

Se o doente precisar de ser internado no serviço de Medicina Física e de Reabilitação, o Médico preenche, em papel, a proposta de internamento.

Se o doente necessitar de uma cirurgia, o Médico preenche a proposta cirúrgica no SIH e entrega a nota de consentimento ao doente. Se o doente assinar, prescreve o protocolo de MCDTs e faz o pedido de consulta de Medicina Interna.

Administrativo do Serviço de Internamento

Se o doente não comparecer no dia da consulta, o Administrativo contacta, por telefone, o doente. Regista o contacto, imprime o registo e anexa-o ao processo físico do doente.

Director de Serviço

O Director de Serviço extrai a lista de pré-inscritos para cirurgia através do SIH e indica que o doente já entregou a nota de consentimento assinada. Após validar a proposta, imprime e assina o Certificado de Inscrição.

Após a emissão do Certificado Inscrição, assina uma cópia da proposta cirúrgica e anexa-a ao processo do doente.

UHGIC

Após a proposta cirúrgica estar validada, a UHGIC envia o Certificado de Inscrição ao doente.

Doente HP / Doente Inscrito

Na admissão da primeira consulta hospitalar, é registada a abertura do processo do doente (Doente HP).

Se o doente faltar só é contactado, se a consulta for subsequente ou se houver indicação médica para o fazer. Pode ser marcada uma nova consulta ou ser cancelado o pedido de marcação.

Quando o médico preenche a proposta de internamento, o doente passa a estar inscrito para internamento.

Quando o Médico preenche a proposta cirúrgica, o doente encontra-se num estado de “Pré-inscrito” para cirurgia. Após a validação, passa a “Doente Inscrito” para cirurgia.

5.2 Programação Cirúrgica

O fluxograma da figura 17 apresenta o circuito do processo de Programação Cirúrgica.

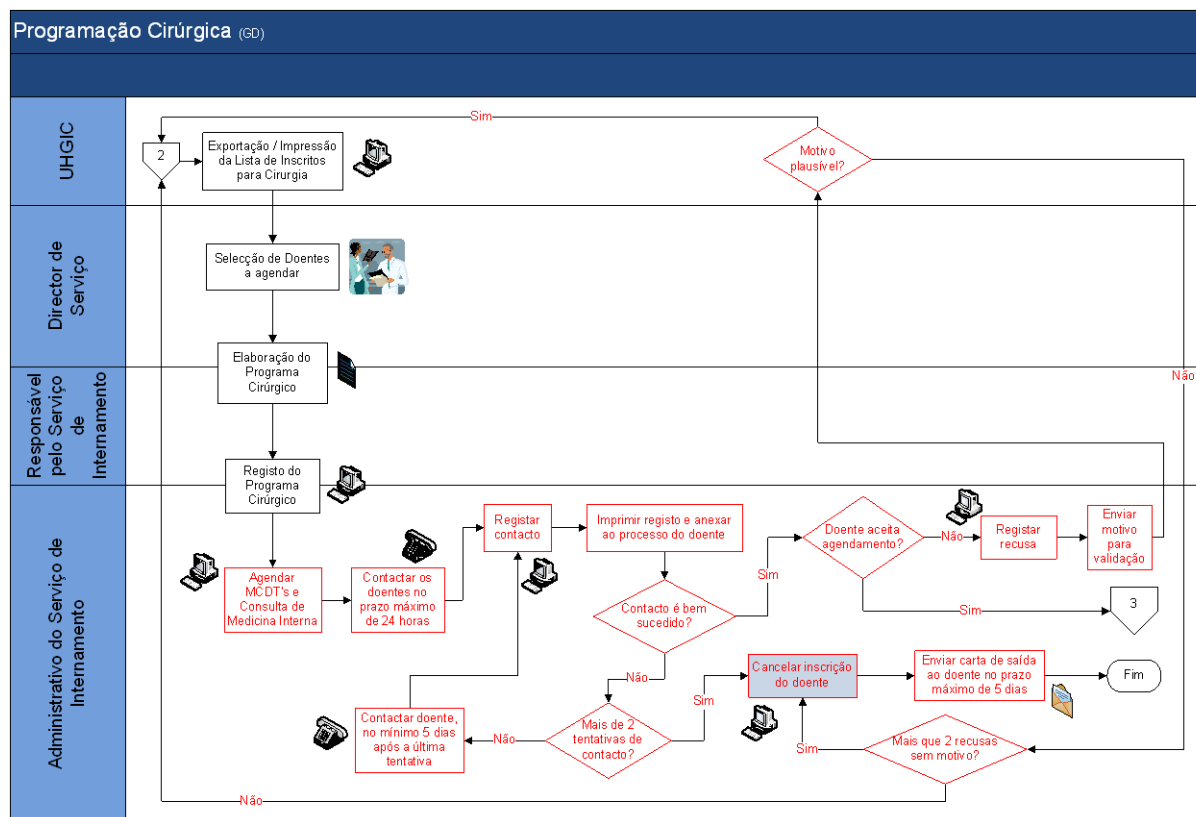


Figura 17 – Fluxograma do circuito do processo de Programação Cirúrgica

UHGIC

É função da UHGIC extrair (exportar/imprimir) a lista de inscritos para cirurgia para pode ser analisada pelo Director de Serviço.

Se um doente recusar o agendamento, compete à UHGIC avaliar e decidir se o motivo é plausível ou não.

Director de Serviço

O Director de Serviço, perante a lista extraída pela UHGIC e em conjunto com o Responsável do Serviço de Internamento, selecciona os doentes a agendar para cirurgia e elabora o Programa Cirúrgico.

Responsável pelo Serviço de Internamento

O Responsável pelo Serviço de Internamento colabora com o Director de Serviço durante a elaboração do Programa Cirúrgico.

Administrativo do Serviço de Internamento

O Administrativo regista informaticamente o Programa Cirúrgico. Perante as datas de cirurgia indicadas no Programa Cirúrgico, agenda os MCDT e a Consulta de Medicina Interna e contacta telefonicamente o doente no prazo máximo de 24 horas.

Se o contacto não for bem sucedido e ao fim de duas tentativas de contacto falhadas, cancela a inscrição do doente na LIC e envia-lhe a carta de saída no prazo máximo de cinco dias úteis.

Doente Agendado

Após a elaboração do Programa Cirúrgico, ficando o doente com uma data de cirurgia associada, passa do estado “Inscrito” para o estado “Agendado”.

Se recusar o agendamento, volta para o estado “Inscrito”.

5.3 Episódios Pré-Operatórios

O circuito do processo dos Episódios Pré-Operatórios está representado na figura 18.

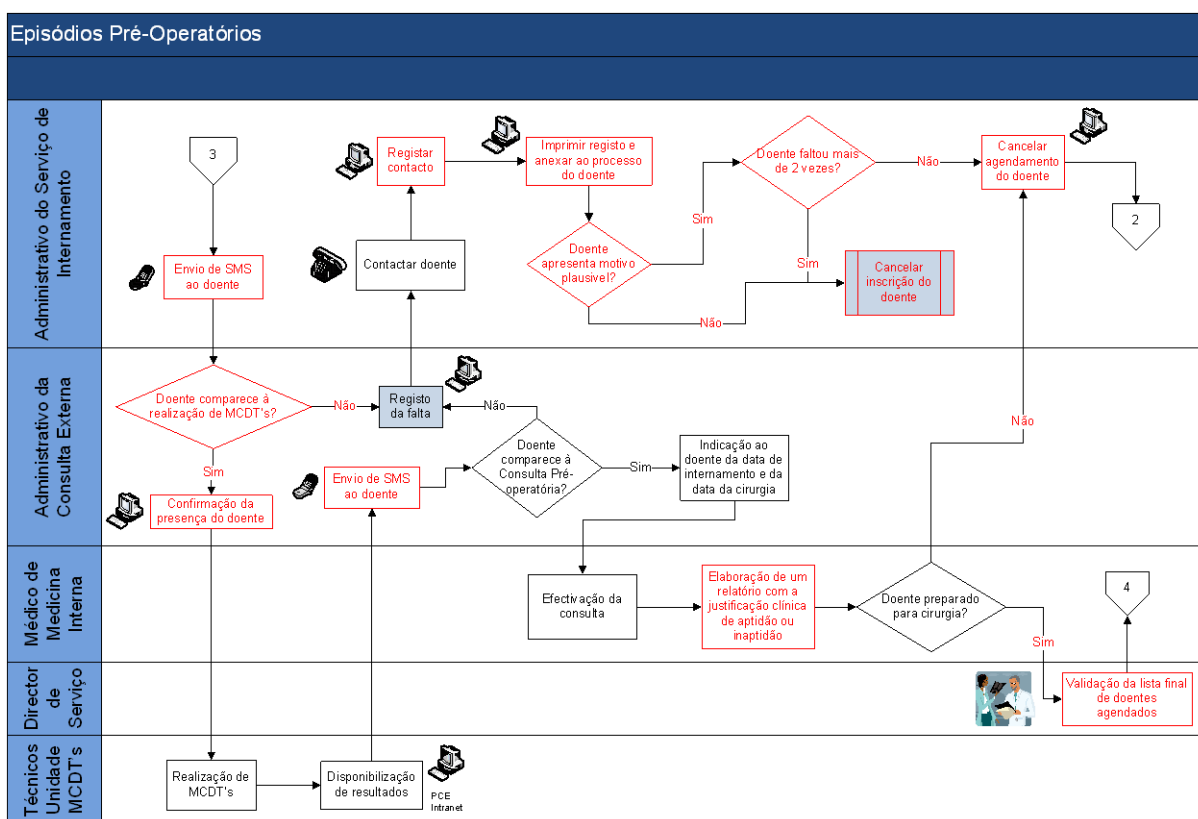


Figura 18 – Fluxograma do circuito do processo dos Episódios Pré-Operatórios

Administrativo da Consulta Externa

O Administrativo confirma a presença do doente no dia da realização dos MCDT e no dia da Consulta de Medicina Interna.

As faltas são registadas no SIH.

No dia da Consulta de Medicina Interna, na confirmação da presença também indica ao doente a data de internamento e a data da cirurgia.

Técnicos da Unidade MCDT

O técnico de MCDT realiza os MCDT prescritos e disponibiliza os resultados no PCE ou na intranet.

Médico de Medicina Interna (Internista)

O Internista efectiva a Consulta de Medicina Interna, onde analisa os resultados dos MCDT realizados e elabora, via PCE, um relatório com a justificação clínica de aptidão ou inaptidão para enviar ao Director de Serviço.

Director de Serviço

O Director de Serviço analisa o relatório enviado pelo Internista e valida a lista final de doentes agendados.

Administrativo do Serviço de Internamento

Se o doente não comparecer à realização dos MCDT ou à Consulta de Medicina Interna, é contactado pelo Administrativo do Serviço de Internamento.

Se o doente apresentar motivo plausível e ainda não tiver faltado mais que o número máximo de faltas permitidas (duas), cancela o agendamento e o doente volta para o estado “Inscrito”.

Se o doente não apresentar motivo plausível ou tiver faltado mais que o número máximo de faltas permitidas, cancela a inscrição do doente na LIC e envia-lhe a carta de saída no prazo máximo de cinco dias úteis.

Doente

O doente tem que se apresentar no Hospital no dia da realização dos MCDT e no dia da Consulta de Medicina Interna.

Se faltar, fica sujeito às consequências descritas na função do Administrativo do Serviço de Internamento.

5.4 Internamento / Plano Operatório

Na figura 19 apresenta-se a descrição do circuito do processo de Internamento e de elaboração do Plano Operatório.

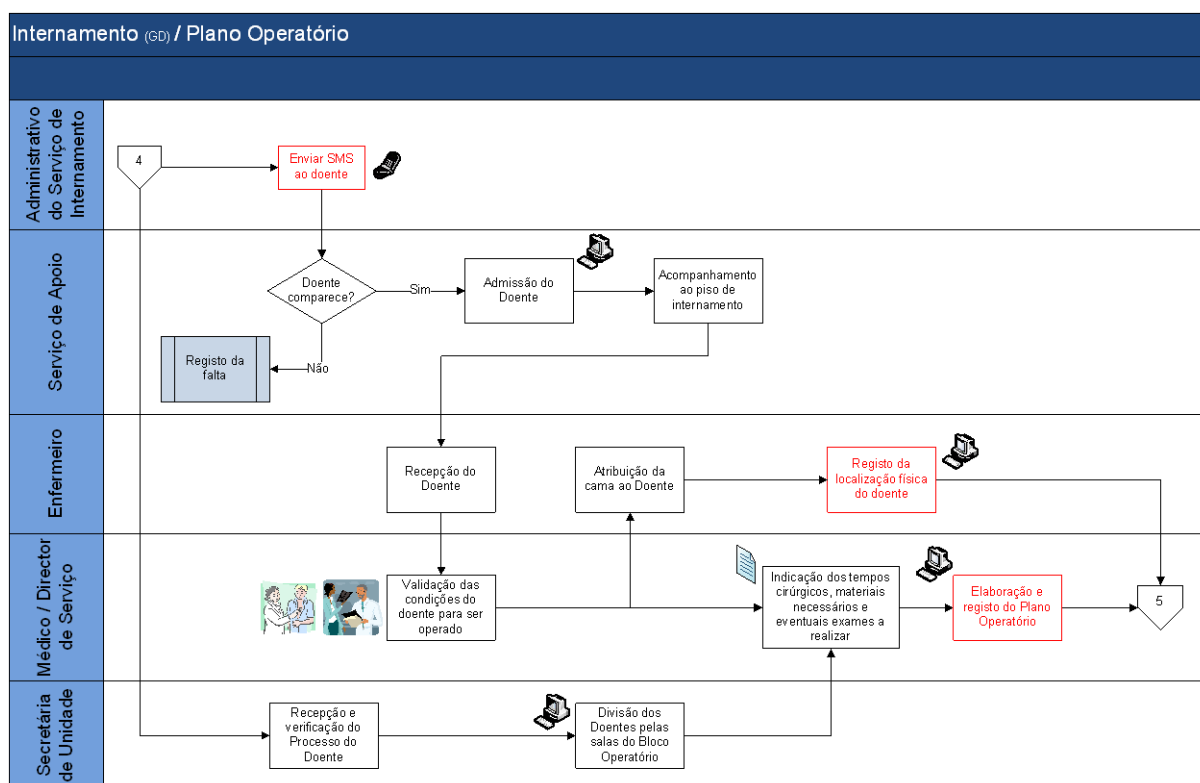


Figura 19 – Fluxograma do circuito do processo de Internamento e de elaboração do Plano Operatório

Administrativo do Serviço de Apoio

O Administrativo do Serviço de Apoio regista a presença do doente no dia do internamento e acompanha-o ao piso.

Se o doente faltar, regista a falta no SIH e as consequências são semelhantes à falta aos episódios pré-operatórios.

Enfermeiro

O Enfermeiro recebe o doente no piso e atribui-lhe uma cama. Além disso, regista no SIH a localização física do doente, ou seja, o serviço (piso), enfermaria (ala), sala e cama.

Médico / Director de Serviço

O Médico / Director de Serviço valida as condições físicas do doente para ser operado e indica os tempos cirúrgicos, materiais necessários e eventuais exames a realizar. Por fim elabora e regista informaticamente o Plano Operatório.

Secretária de Unidade

A Secretária de Unidade recebe e verifica o processo físico do doente enviado pelo Serviço de Internamento e divide os doentes pelas salas do Bloco Operatório.

Doente

O doente, no dia e hora indicados, comparece no Serviço de Apoio, onde é feita a admissão do internamento. É acompanhado ao piso e é examinado pelo Médico / Director de Serviço. Se estiver em condições de ser operado, é-lhe atribuída uma cama.

5.5 Realização da Cirurgia

O processo de Realização da Cirurgia é descrito no fluxograma da figura 20.

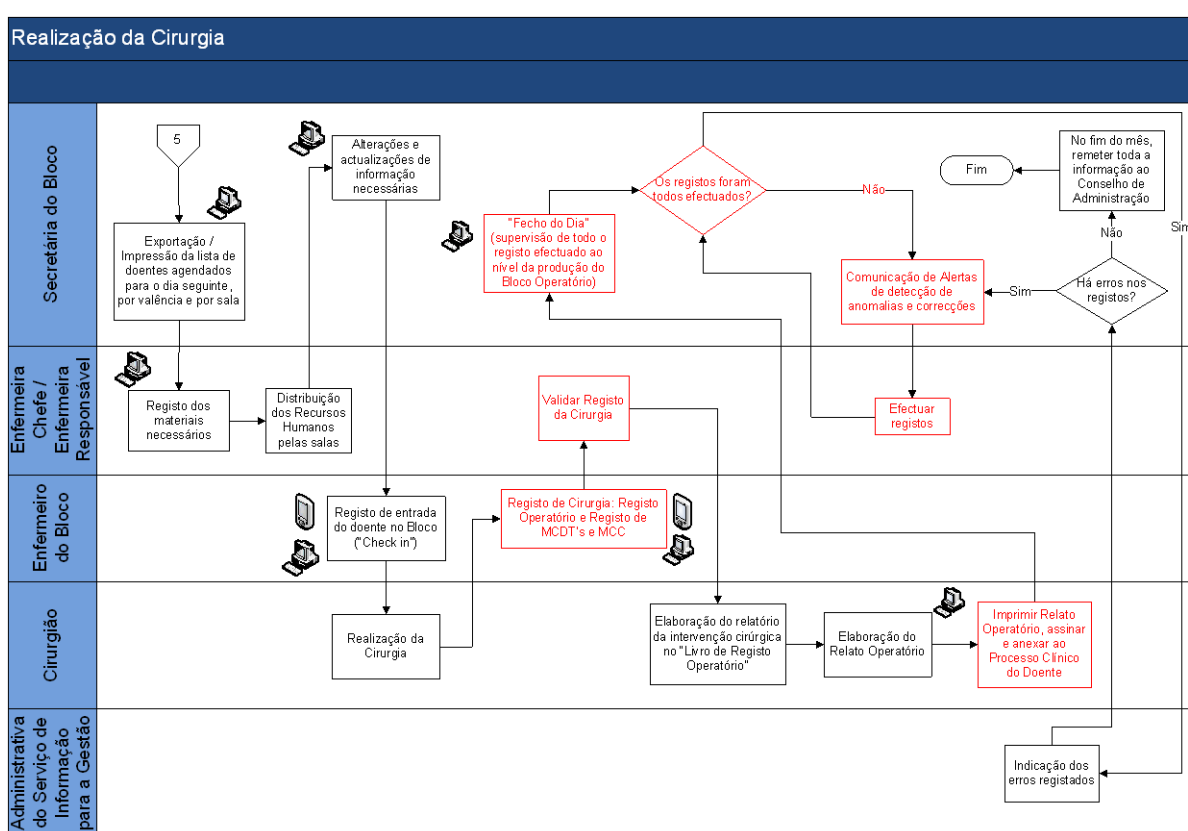


Figura 20 – Fluxograma do circuito do processo de Realização da Cirurgia

Secretária do Bloco

Na véspera da cirurgia, a Secretária do Bloco faz a exportação / impressão da lista de doentes agendados.

Após as cirurgias, realiza o “*Fecho do Dia*”, ou seja, supervisiona todos os registos efectuados ao nível da produção do Bloco Operatório.

Se todos os registos tiverem sido efectuados, reúne-se com o Administrativa do Serviço de Informação para a Gestão e se não houver erros, no fim do mês remete toda a informação para o Conselho de Administração.

Enfermeira Chefe / Enfermeira Responsável

Na véspera da cirurgia, a Enfermeira Chefe / Enfermeira Responsável faz o registo dos materiais necessários e a distribuição dos recursos humanos pelas salas do Bloco Operatório.

No fim, valida os registos da cirurgia e altera todos os erros indicados pela Secretária do Bloco.

Enfermeiro do Bloco

O Enfermeiro do Bloco regista a entrada do doente no Bloco Operatório (“*Check in*”) e elabora também o registo de cirurgia: registo operatório e registo de MCDT e MCC.

Cirurgião

O Cirurgião realiza a cirurgia e elabora o relato operatório da intervenção cirúrgica no “Livro de Registo Operatório” e no SIH, procedendo à sua impressão, sendo validado com a sua assinatura e anexado ao processo do doente.

Administrativa do Serviço de Informação para a Gestão

A Administrativa do Serviço de Informação para a Gestão comunica à Secretária do Bloco todos os erros de registo detectados.

Doente intervencionado

Com a realização da cirurgia, o doente passa do estado “Agendado” para o estado “Intervencionado”.

5.6 Alta de internamento

O fluxograma da figura 21 descreve o circuito do processo de Alta de Internamento.

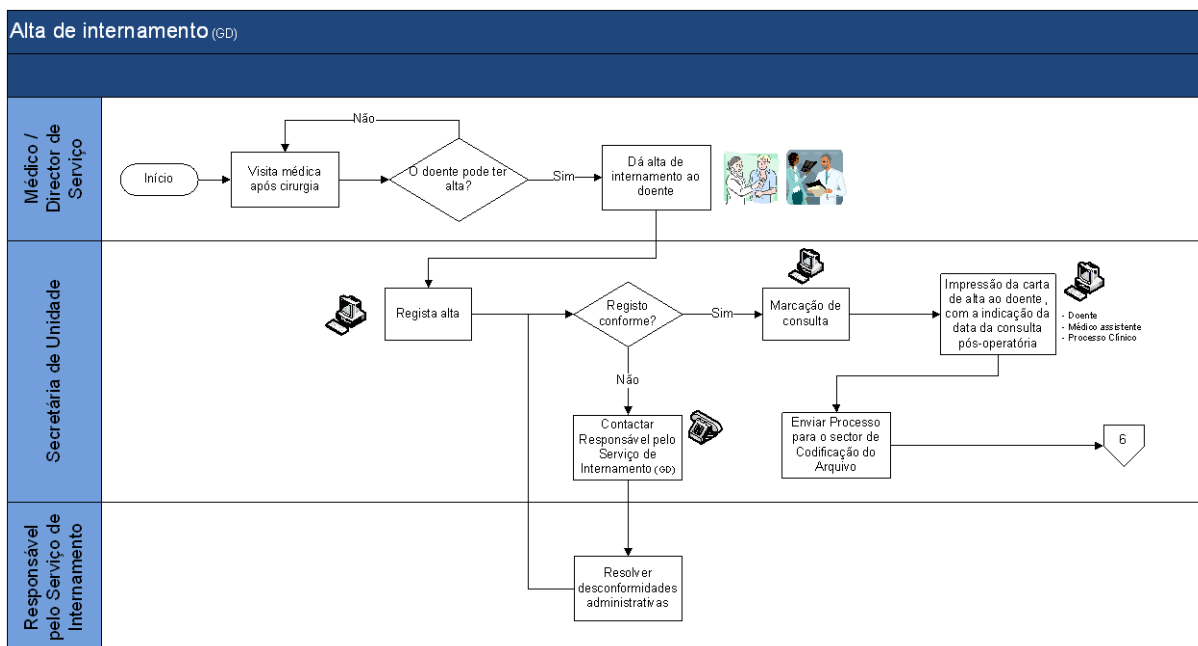


Figura 21 – Fluxograma do circuito do processo da Alta de Internamento

Médico / Director de Serviço

Após a cirurgia, o Médico / Director de Serviço realiza visitas ao doente e quando verificar que já não precisa de continuar internado, dá-lhe alta de internamento.

Secretária de Unidade

A Secretária de Unidade regista a alta e verifica se há alguma desconformidade. Se houver, contacta, por telefone, o Responsável pelo Serviço de Internamento.

Se estiver tudo correcto, marca a consulta pós-operatória e imprime três cartas de alta, sendo que duas, entrega-as ao doente e a outra anexa-a ao processo físico do doente.

No fim, envia o processo para o Sector de Codificação do Arquivo.

Responsável pelo Serviço de Internamento

Sempre que haja desconformidades administrativas são resolvidas pelo Responsável pelo Serviço de Internamento.

Doente

O doente tem alta de internamento quando o médico considera que as respectivas condições clínicas são aceitáveis.

5.7 Alta do processo clínico

Por fim, o circuito do processo de Alta do Processo Clínico está representado na figura 22.

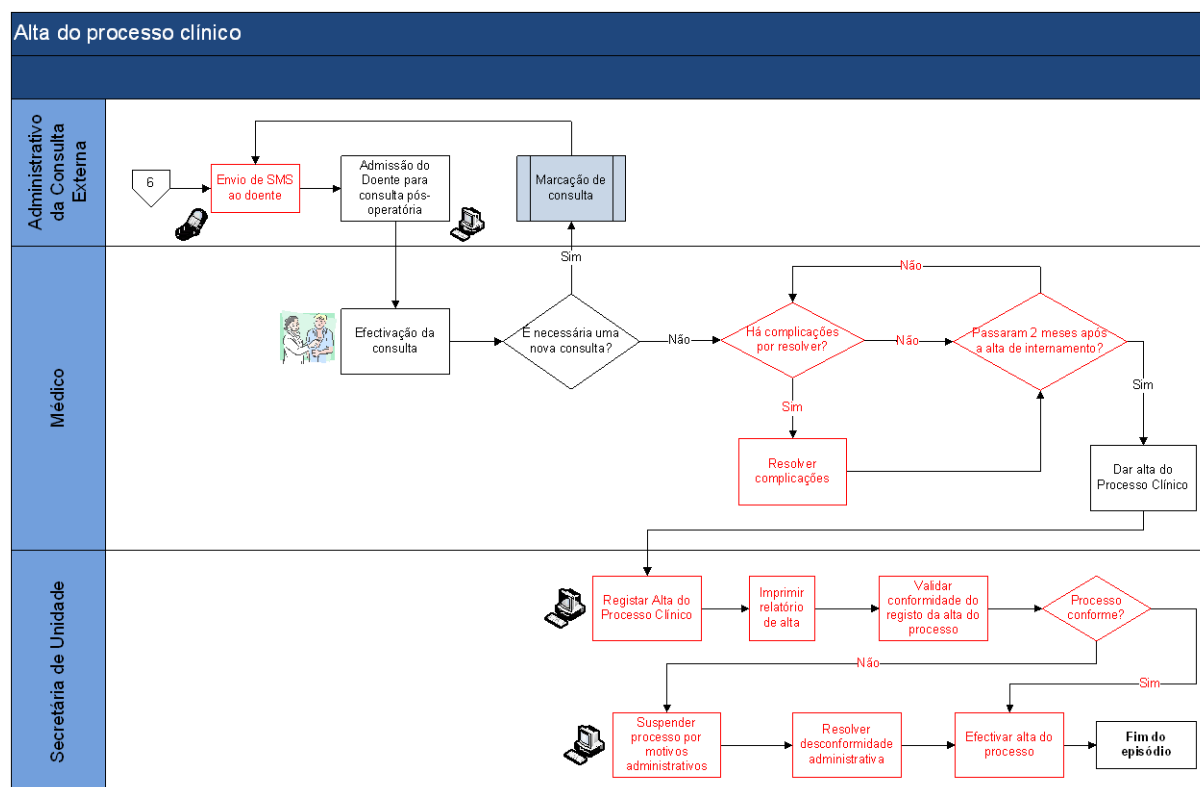


Figura 22 – Fluxograma do circuito do processo de Alta do Processo Clínico

Administrativo da Consulta Externa

O Administrativo faz a admissão da consulta pós-operatória e caso seja necessário uma consulta subsequente faz a sua marcação.

Médico

O Médico efectiva a consulta e resolve todas as complicações e intercorrências que eventualmente possam ter ocorrido. Se já tiverem passado dois meses após a alta de internamento, não existirem desconformidades administrativas, intercorrências da responsabilidade do Hospital e complicações por resolver, o Médico dá a alta do processo clínico.

Secretária de Unidade

A Secretária de Unidade regista no SIH a alta do processo clínico, imprime o relatório de alta e valida a conformidade do registo da alta do processo. Se não houver desconformidades administrativas, efectiva a alta do processo.

Doente

Com a alta do processo clínico, termina o episódio, ou seja, o processo do doente inscrito na LIC é dado como concluído.

6 Conclusão e perspectivas de trabalho futuro

Os principais objectivos do projecto **SIGIC/CTH - Levantamento de Processos**, ou seja, o mapeamento do circuito actual e apresentação de propostas de melhoria, foram cumpridos. Contudo, devido à complexidade destes sistemas, o processo de adopção / implementação no Hospital está a decorrer de uma forma faseada.

Neste momento, a percentagem de Médicos que preenche a proposta cirúrgica no SIH ronda os 95%. As restantes alterações ao processo de gestão de doentes decorrerão progressivamente.

Está também a ser realizada a acção de expurgo da lista de inscritos para cirurgia do Hospital da Prelada. Para isso, foram enviadas cartas a todos os doentes que se encontravam nessa lista, solicitando-lhes que confirmassem/actualizassem os seus dados de identificação pessoal e o seu subsistema de saúde e que indicassem se pretendiam permanecer inscritos para cirurgia. Com esta acção será possível não só diminuir o número de inscritos para cirurgia, pois apenas permanecerá inscrito quem responder afirmativamente, mas também actualizar a base de dados do Hospital, pois é pedido que os doentes confirmem os seguintes dados:

- Nome;
- Data de nascimento;
- Sexo;
- Morada (incluindo o distrito, concelho e freguesia);
- Telefone / Telemóvel;
- E-mail;
- N° do Serviço Nacional de Saúde;
- Subsistema de Saúde;
- Nacionalidade;
- Naturalidade (distrito, concelho e freguesia).

Contudo, para prevenir eventuais dúvidas que possam surgir durante o preenchimento, foi também colocado à sua disposição uma linha telefónica directa e um endereço de e-mail.

Além das propostas de mudança do processo de gestão do doente já referidas nos últimos dois capítulos, apresentam-se propostas de melhoria de vários factores do Hospital.

6.1 Integrador HL7

O HL7 (*Health Level Seven*) foi criado por uma organização com o mesmo nome¹³, sem fins lucrativos, fundada em 1987 e acreditada pelo ANSI¹⁴ (*American National Standards Institute*) desde 1994. Tem como objectivo desenvolver padrões para troca de informação na área de saúde, ou seja, é um protocolo internacional desenvolvido para permitir um intercâmbio, integração, partilha e consulta de dados electrónicos (clínicos, administrativos e financeiros) nos serviços de saúde.

¹³ <http://www.hl7.org/>

¹⁴ <http://www.ansi.org/>

Neste momento, no Hospital da Prelada, cada fornecedor tem aplicações que se integram directamente com o SIH (figura 23). Este sistema de integração pode originar grandes problemas como, por exemplo, repetição de dados entre elas, ou seja, a mesma pessoa pode surgir no SIH mais que uma vez, pois em cada aplicação pode ter sido registado o seu nome de maneira diferente.

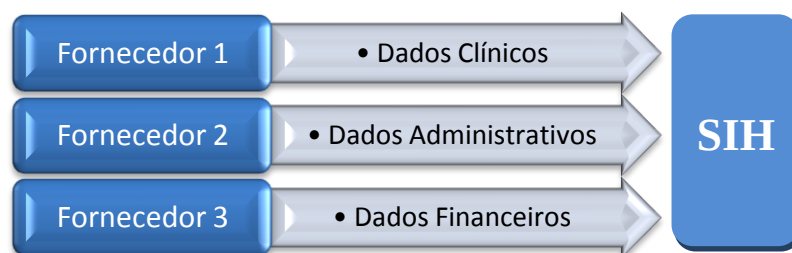


Figura 23 – Modelo actual de integração de dados

O que se pretende é que os fornecedores do Hospital da Prelada implementem soluções para o *software* instalado, que sejam integradas pelo protocolo HL7 (figura 24). A comunicação deste método é feita em tempo-real através de mensagens HL7, funcionando como unidade atômica de dados transferidos entre sistemas e depende do seu objectivo: consulta, registo ou resposta.

Assim, o Hospital da Prelada passará a estar mais dependente dos dados armazenados do que das diversas aplicações, sendo possível a criação de um processo clínico electrónico único com informação mais rigorosa, maior coerência de dados entre as aplicações e mais rapidamente disponível para os médicos, enfermeiros e outros profissionais da área da saúde.



Figura 24 – Integrador HL7

6.2 Controlador da Qualidade de Informação

Como já foi referido anteriormente, a qualidade da informação registada é um dos grandes problemas actuais do Hospital da Prelada. O SIGIC considera desconformidades e/ou desconformidades graves os registos incompletos, ausentes ou realizados fora do prazo previsto no Regulamento. Estas desconformidades serão sempre traduzidas em penalizações ao Hospital, que poderão ir até deduções de 50% do valor correspondente ao preço base de uma unidade de produção cirúrgica.

Assim, propõe-se a contratação de um Controlador da Qualidade de Informação, que apoie a UHGIC e o Serviço de Informação para a Gestão e que tenha como função monitorizar toda a informação registada, evitando assim a integração de dados errados do SIH para o SIGLIC.

Além deste acompanhamento do processo, o Controlador da Qualidade de Informação também teria um papel de formador e apoio aos utilizadores. Por exemplo, sempre que se verificasse que um ou mais erros estariam a ocorrer frequentemente, teria que abordar o funcionário, averiguar a razão dessa ocorrência e explicar-lhe como teria que proceder no futuro.

6.3 Manual de Procedimentos para o SIGIC – *Manual Quick Reference*

A CTH e o SIGIC vão trazer ao Hospital mudanças estruturais e organizacionais. Comparando o circuito actual com o circuito proposto, verifica-se que os intervenientes passarão a ter competências / responsabilidades diferentes. Assim, julga-se que a elaboração de documentação de suporte, como por exemplo, um Manual de Procedimentos adaptado a cada interveniente (figura 25), seria uma mais-valia para uma melhor implementação destes sistemas.

Este Manual surge, então, da necessidade de uniformização dos processos de cada serviço, como recurso para garantir a melhoria da qualidade da assistência prestada aos doentes. Deve conter os conceitos e informações necessárias à actuação de cada equipa do Hospital, visando descrever e sistematizar os procedimentos, finalidades e materiais necessários.



Figura 25 – Manual de Procedimentos

6.4 Utilização de leitores do Cartão do Cidadão

Foi referido no subcapítulo 4.3.1 que os Administrativos da Consulta Externa vão passar a utilizar leitores de cartão para registar os dados do Cartão de Utente do SNS.

Como os cartões de utente estão a ser substituídos pelo Cartão do Cidadão seria importante



Figura 26 – Leitor de Cartão do Cidadão (INPAS, 2009)

adquirir também leitores deste cartão (figura 26), com a vantagem de poderem ser registados mais dados do doente, automaticamente diminuindo a taxa de erro de introdução de informação. Assim, seria possível melhorar a qualidade da informação. Outra vantagem seria a optimização do tempo de atendimento no Secretariado da Presença das Consultas Externas, pois quanto menor o número de dados a registar manualmente, com maior rapidez será desempenhada esta função.

6.5 Actualização do Guia do Utente

Como a CTH e o SIGIC vão abranger praticamente todas as áreas de produção do Hospital da Prelada, o Guia do Utente da instituição (figura 27) também deveria passar a conter os Direitos e Deveres do Utente, previstos no âmbito destes dois sistemas.

Assim, os **Direitos** do Utente que se propõe acrescentar são:

- Aceder, através do Médico Assistente do Centro de Saúde ou do Hospital da Prelada, a informação personalizada sobre a inscrição e os dados do pedido de primeira consulta de especialidade;

- Dar o seu consentimento, por escrito, se a sua situação clínica for referenciada para outra unidade de saúde fora da sua área geográfica de residência;
- Dar o seu consentimento, por escrito, para a proposta cirúrgica e aceitar as normas e regulamento em vigor;
- Invocar motivo plausível para a não comparência na cirurgia e nos episódios pré-operatórios para os quais tenha sido convocado;
- Dispor de uma garantia de tratamento dentro do tempo máximo estabelecido na proposta cirúrgica;
- Apresentar reclamação escrita sempre que detectar alguma irregularidade numa das fases do processo de gestão do doente.



Figura 27 – Guia do Utente

Os **Deveres** a acrescentar são:

- Comparecer no Hospital da Prelada, na data e hora designados, sempre que tenha sido convocado ou justificar a sua ausência nos termos do regulamento da CTH e do SIGIC;
- Comunicar ao hospital um motivo plausível para eventual pedido de alteração da data de consulta;
- Informar atempadamente o Hospital da Prelada sempre que não possa comparecer a uma consulta, sob pena de lhe ser exigido o pagamento da taxa moderadora aplicável;
- Manter actualizados os dados constantes na base de dados do Hospital da Prelada, informando a UHGIC sempre que tenha ocorrido alguma alteração, nomeadamente a nível de contactos;
- Informar a UHGIC de alguma situação que impeça ou determine um adiamento da realização da cirurgia.

Referências

- ACSS (2008), *Administração Central do Sistema de Saúde*, último acesso: Junho 2010, <http://www.acss.min-saude.pt/>
- ACSS (2010), “Actividade Cirúrgica 2009”, último acesso: Junho 2010, http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/CA90D63D-AB29-472C-B3CC-3112D03201F2/0/Relatorioactividadecirurgica_MS_2009.pdf
- ANSI, *American National Standards Institute*, último acesso: Junho 2010, <http://www.ansi.org/>
- ASA, *American Society of Anesthesiologists*, último acesso: Junho 2010, <http://www.asahq.org>
- Australian Government (2008), “Elective Surgery Waiting List Reduction Plan”, último acesso: Junho 2010, <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/elective-surgery>
- Carneiro, I. (2010, 29 de Abril), “Um quinto dos portugueses espera além do tempo aceitável”, *Jornal de Notícias*, último acesso: Junho 2010, http://jn.sapo.pt/PaginaInicial/Nacional/interior.aspx?content_id=1555776
- CID (2010, 12 Março), *Portal da Codificação Clínica e dos GDH*, último acesso: Junho 2010, <http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/CID-9-MC>
- Consejería de Sanidad y Consumo (2004), “Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica”, *Comunidad de Madrid*, Março de 2004, último acesso: Junho 2010, <http://www.listadeesperamadrid.com/pdf/planintegral.pdf>
- DGS (2005), *Direcção Geral da Saúde*, último acesso: Junho 2010, <http://www.dgs.pt/>
- DH (2004), *National Health Care*, último acesso: Junho 2010, <http://www.18weeks.nhs.uk/Content.aspx?path=/What-is-18-weeks/About-the-programme/>
- Health Canada (2004), “A 10-year plan to strengthen health care”, último acesso: Junho 2010, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-eng.php>
- HL7, *Health Level Seven*, último acesso: Junho 2010, <http://www.hl7.org/>
- HQS, *Health Quality Service*, último acesso: Junho 2010, <http://www.ukaf.org.uk/HQS.htm>
- Hurst, J. e Siciliani, L. (2003), “Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries”, *OECD Health Working Papers*, N°6, Julho de 2003

- Indicadores SIGIC (2007), último acesso: Junho 2010, <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/62030BD6-0C6A-4A99-83DE-519E90E069CD/0/IndicadoresIntroducao1Semestre1007.pdf>
- INPAS (2009), último acesso: Junho 2010, <http://www.inpas.ru/en/content/part/139/>
- Listas de Espera Cirúrgicas (2004), último acesso: Junho 2010, http://paginas.ispgaya.pt/~vmca/Documentos_links/Textos/listasespcirsreduzido.doc
- MCDT (2006, 16 Junho), *Portal da Codificação Clínica e dos GDH*, último acesso: Junho 2010, <http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/MCDT>
- OCDE, *Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico*, último acesso: Junho 2010, <http://www.oecd.org/home/>
- Pita Barros, P. (2008), “As listas de espera para intervenção cirúrgica em Portugal”, *Iprisverbis*, Nº 4, Março de 2008, Lisboa.
- Portal da Saúde (2006), “Apresentação do SIGIC”, último acesso: Junho 2010, <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/lista+de+inscritos+para+cirurgia/Apresentacao+sigic.htm>
- Portaria nº 45/2008 de 15 de Janeiro: Diário da República, 1ª série – Nº 10 – 15 de Janeiro de 2008, último acesso: Junho 2010, http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/E45DAD16-FC25-4DB0-9A0F-C0E860BEE8D7/0/Portaria45_2008.pdf
- Portaria nº 615/2008 de 11 de Julho: Diário da República, 1ª série – Nº 133 – 11 de Julho de 2008, último acesso: Junho 2010, <http://www.dre.pt/pdf1sdip/2008/07/13300/0440804414.PDF>
- Portaria nº132/2009 de 30 de Janeiro: Diário da República, 1ª série – Nº 21 – 30 de Janeiro de 2009, último acesso: Junho 2010, http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/Tabelas_Impressos/Portaria%20132_2009.pdf
- SCMP (2009), *Santa Casa da Misericórdia do Porto*, último acesso: Junho 2010; <http://www.scmp.pt/>
- SCMP – HP (2010), *Hospital da Prelada*, último acesso: Junho 2010, http://www.scmp.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=19281
- UCGIC (2005), “Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia – Processo de Gestão do Utente”, versão 3, último acesso: Junho 2010, http://portalcodgdh.min-saude.pt/images/5/5a/Manual_SIGIC_v3_15-2-2005.pdf

ANEXO A: Glossário

Cativação – “ formalização no SIGLIC da aceitação por parte do utente da sua transferência para o hospital de destino” (Portaria nº 45/2008, 15 de Janeiro).

Cirurgia de ambulatório – “intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais *legis artis*, em regime de admissão e alta no período inferior a vinte e quatro horas” (Portaria nº132/2009, 30 de Janeiro).

Cirurgia programada – “é aquela que é efectuada no bloco operatório com data de realização previamente marcada” (Portaria nº 45/2008, 15 de Janeiro).

Classificação Internacional de Doenças – “fornece códigos relativos à classificação doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças” (CID, 2010, 12 de Março).

Complicações – “todas as situações novas de doença ou limitação funcional não esperada que surjam na sequência da instituição das terapêuticas e não sejam imputáveis a situações independentes dos procedimentos instituídos” (Portaria nº 45/2008, 15 de Janeiro).

Consulta médica – “acto de assistência prestado por um médico a um indivíduo, podendo consistir em observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde” (Portaria nº132/2009, 30 de Janeiro).

Desconformidades – “situações de incumprimento do Regulamento ou do Manual do SIGIC que não afectem o utente ou o sistema com gravidade” (UCGIC, 2005).

Desconformidades graves – “situações de incumprimento do Regulamento e do Manual do SIGIC que afectem o utente ou o sistema com gravidade” (UCGIC, 2005).

Episódio – “conjunto de informação, respeitante aos utentes, que conduz ou decorre de uma proposta terapêutica ou avaliação diagnóstica” (Indicadores SIGIC, 2007).

Episódio de internamento – “período de tempo que decorre ininterruptamente desde a data da admissão de doentes até à data da alta, em regime de internamento, exceptuando-se o dia da alta” (Portaria nº132/2009, 30 de Janeiro).

Hospital de destino – “unidade hospitalar do SNS ou unidade convencionada no âmbito do SIGIC, onde é realizada a intervenção cirúrgica que foi identificada como necessária no hospital de origem do utente, aquando do seu registo na LIC” (Portaria nº 45/2008, 15 de Janeiro).

Hospital de origem – “unidade hospitalar do SNS, do sector privado ou do sector social onde é efectuado pela primeira vez o registo do utente na LIC para um determinado tratamento cirúrgico” (Portaria nº 45/2008, 15 de Janeiro).

Intercorrências – “todas as situações passíveis de causar limitações à normal função de órgãos e sistemas do utente, como acidentes ou eclosão de patologias independentes” (Portaria nº 45/2008, 15 de Janeiro).

Intervenção cirúrgica – “um ou mais actos operatórios com o mesmo objectivo terapêutico e ou diagnóstico, realizado(s) por cirurgião(ões) em sala operatória, na mesma sessão, sob anestesia geral, loco-regional ou local, com ou sem presença de anestesista” (Portaria nº 132/2009, 30 de Janeiro).

Lista de inscritos para cirurgia – “conjunto das inscrições dos utentes que aguardam a realização de uma intervenção cirúrgica, independentemente da necessidade de internamento ou do tipo de anestesia utilizada, proposta e validada por médicos especialistas num hospital do SNS ou numa instituição do sector privado ou do sector social que contratou com aquele Serviço a prestação de cuidados aos seus beneficiários e para a realização da qual esses mesmos utentes já deram o seu consentimento expresso” (Portaria nº 45/2008, 15 de Janeiro).

Nível de prioridade – “classe em que um determinado utente é integrado, tendo em conta o tempo máximo que pode esperar pelo procedimento cirúrgico proposto, avaliado em função da doença e problemas associados, patologia de base, gravidade, impacto na esperança de vida, na autonomia e na qualidade de vida do utente, velocidade de progressão da doença e tempo de exposição à doença” (Portaria nº 45/2008, 15 de Janeiro).

Nota de consentimento – “documento que recolhe a concordância do utente com a proposta de intervenção cirúrgica e com a sua inscrição na LIC e a aceitação do conjunto de normas do Regulamento do SIGIC que servirão de base para a gestão da proposta cirúrgica” (Portaria nº 45/2008, 15 de Janeiro).

Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica – “designação genérica que engloba exames laboratoriais, imagiológicos, colheita de amostras por meios mais ou menos invasivos, e ainda actos de tratamento variados, realizados em regime ambulatorio ou em internamento hospitalar” (MCDT, 2006, 16 Junho).

Processo do utente – “conjunto de documentos em suporte físico ou electrónico com informação relevante e suficiente para a gestão da proposta cirúrgica” (Portaria nº 45/2008, 15 de Janeiro).

Proposta cirúrgica – “proposta terapêutica na qual está prevista a realização de uma intervenção cirúrgica com os recursos da cirurgia programada” (Portaria nº 45/2008, 15 de Janeiro).

Tempo de espera – “número de dias de calendário que medeia entre o momento em que é proposta uma intervenção cirúrgica pelo médico especialista e a observação, o cancelamento do registo ou a saída do utente da LIC” (Portaria nº 45/2008, 15 de Janeiro).

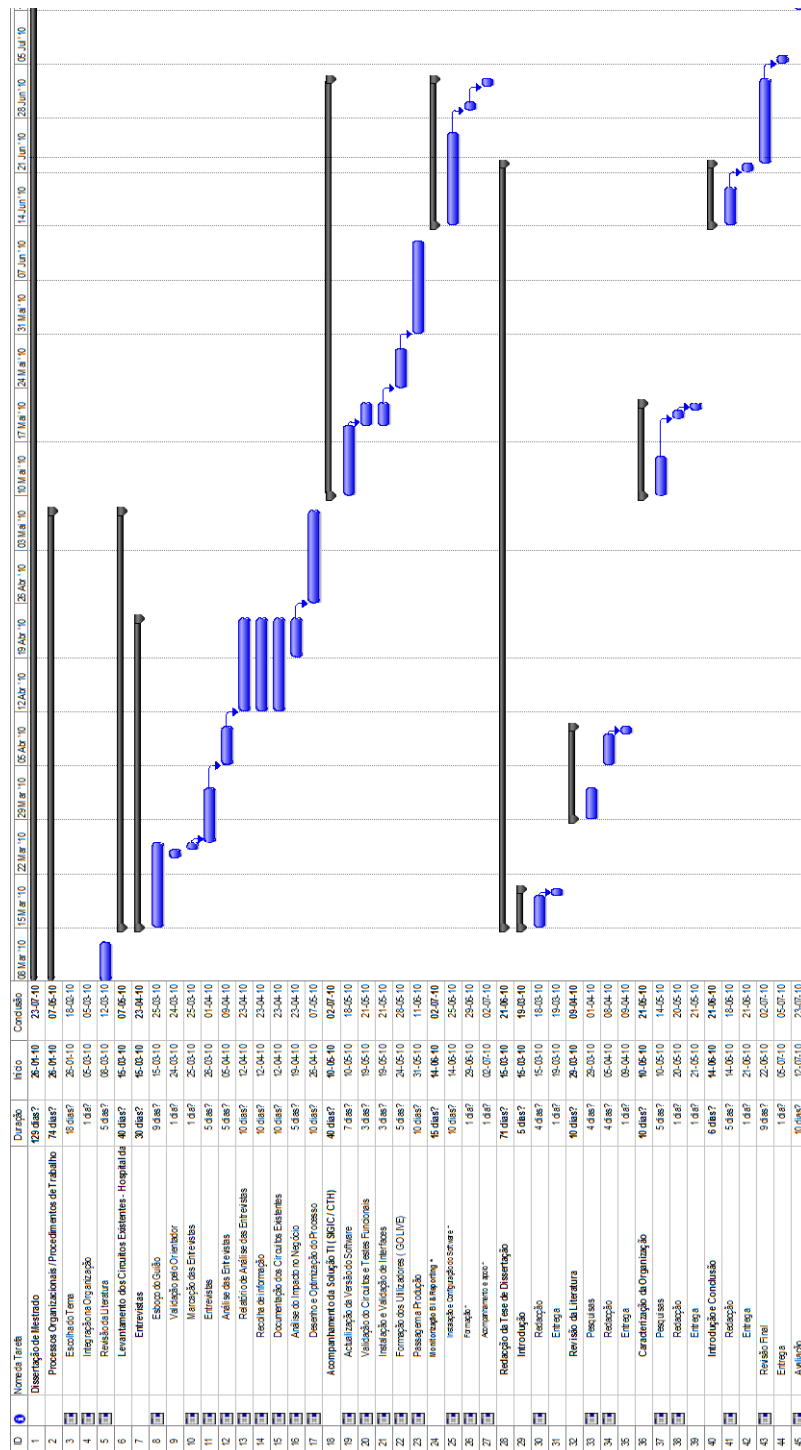
Tempo máximo de resposta garantido – tempo “garantido por nível de prioridade, por patologia ou por grupo de patologias, o período máximo de dias que o utente pode aguardar pela realização da intervenção cirúrgica, contabilizando-se o tempo em que o doente esteve com a inscrição activa” (Portaria nº 45/2008, 15 de Janeiro).

Transferência – “deslocação do utente do seu hospital de origem para outra unidade hospitalar do SNS ou convencionada, designada hospital de destino” (Portaria nº 45/2008, 15 de Janeiro).

Unidade Funcional – “estrutura constituída na dependência de um serviço cirúrgico com equipas médicas designadas quando a escassez de recursos justifica a necessidade de manter LIC independentes dentro de um serviço” (Portaria nº 45/2008, 15 de Janeiro).

Vale cirurgia – “documento pré-numerado, pessoal e intransmissível que só pode ser utilizado para a realização da cirurgia proposta ou equivalente, dentro do prazo de validade aposto” (Portaria nº 45/2008, 15 de Janeiro).

ANEXO B: Cronograma do estágio



ANEXO C: Guião das entrevistas realizadas nos serviços clínicos



HOSPITAL DA PRELADA

Perguntas	Suportado pelo Sistema de Informação			Não aplicável
	Sim	Não	Em fase de projecto	
1. Primeira consulta:				
a) Para que especialidades é possível ser marcada uma primeira consulta?				
b) Como são recepcionados os pedidos de marcação de primeira consulta? Qual a sua origem?				
c) Qual a área de atracção? Quais os Centros de Saúde?				
d) Quem faz a recepção, verificação e registo da informação enviada pelo Centro de Saúde?				
e) O registo do pedido no sistema de informação é feito, no máximo, quanto tempo depois da sua recepção?				
f) Quem é o triador? É sempre um médico?				
g) Se o pedido for recusado, esse registo é feito no sistema informático?				
h) A triagem clínica é feita atribuindo prioridade para a marcação de consulta?				
i) A marcação da primeira consulta é feita, no máximo, quanto tempo depois da recepção do seu pedido?				
j) Quem faz a marcação da consulta? É registada no sistema informático?				

Perguntas	Suportado pelo Sistema de Informação			Não aplicável
	Sim	Não	Em fase de projecto	
1. Primeira Consulta				
k) Quem notifica o doente?				
l) Como é notificado o doente?				
m) Essa notificação é feita, no mínimo, com que antecedência?				
n) O doente é sujeito a alguma penalização se faltar à consulta? Se sim, qual?				
o) A falta fica registada no sistema informático?				
p) O médico especialista, após a consulta, introduz informação clínica de retorno no sistema informático?				
2. Inscrição na Lista de Inscritos para Cirurgia				
a) O preenchimento da proposta cirúrgica é feito durante a consulta? Se não, quando é que é preenchida? Onde? Por quem?				
b) É utilizado um modelo pré-definido?				
c) Que classificação é utilizada para os procedimentos cirúrgicos?				
d) Que tabela é utilizada?				

Perguntas	Suportado pelo Sistema de Informação			Não aplicável
	Sim	Não	Em fase de projecto	
2. Inscrição na Lista de Inscritos para Cirurgia				
e) É utilizada mais alguma tabela além da tabela CID-9?				
f) A proposta cirúrgica e a nota de consentimento são um documento único triplicado?				
g) É entregue a nota de consentimento ao doente durante a consulta e é assinada na hora?				
h) Quando o doente não assina a nota de consentimento, qual o prazo máximo de envio para a UHGIC?				
i) Durante esse período, o utente é alertado alguma vez se ainda não tiver enviado a nota de consentimento? Por quem?				
j) O hospital tem um endereço de Remessa Livre para onde os utentes podem enviar a correspondência e tenham a garantia que é entregue à UHGIC?				
k) Com que periodicidade é extraída a lista de doentes pré-inscritos na cirurgia? Por quem?				
l) A proposta cirúrgica é validada, no máximo, quanto tempo depois do seu preenchimento? Por quem?				
m) O certificado de inscrição é enviado ao doente, no máximo, quanto tempo depois do registo de validação da proposta cirúrgica e da nota de consentimento no sistema de informação? Por quem?				

Perguntas	Suportado pelo Sistema de Informação			Não aplicável
	Sim	Não	Em fase de projecto	
3. Movimentos na Lista de Inscritos para Cirurgia				
a) Quem realiza o supervisão o registo do processo do doente na LIC?				
b) Quem informa e acompanha os doentes que estejam na LIC, contactando-os para marcação de consultas e exames?				
3.1. Suspensão na Lista de Inscritos para Cirurgia				
a) São feitas suspensões na LIC por motivos administrativos, mesmo que não sejam relacionadas com o incumprimento do SIGIC (por exemplo, ordem técnica ou administrativa)?				
b) Qual o tempo máximo dessas suspensões?				
c) O tempo de espera pára ou continua a contar?				
d) Quando é que a inscrição volta a estar activa?				
e) São feitas suspensões por motivos plausíveis? A pedido do doente ou por motivos clínicos?				
f) Qual o tempo máximo dessas suspensões?				
g) O tempo de espera pára ou continua a contar?				
h) Quando é que a inscrição volta a estar activa?				

Perguntas	Suportado pelo Sistema de Informação			Não aplicável
	Sim	Não	Em fase de projecto	
3.2. Cancelamento				
a) Quem pode pedir o cancelamento da inscrição do doente? É enviada ao doente uma Carta de Confirmação de Saída da LIC?				
b) Se a inscrição for cancelada, qual o prazo máximo para avisar o doente? Quem faz esse aviso?				
3.3. Agendamento				
a) Com que periodicidade é feita a programação dos doentes a agendar?				
b) Quem extrai do sistema informático a lista de doentes a agendar?				
c) Quem selecciona os doentes a agendar?				
d) Quais são os critérios utilizados? Que métodos são utilizados?				
e) Quem contacta o doente para agendamento? É feito, no máximo, quantos dias após a selecção?				
f) Como é feito o contacto para agendamento e com que antecedência? E se o utente não atender? Todos os contactos ficam registados?				
g) Há administrativos no hospital a trabalhar após as 18h que possam assegurar as tentativas de contacto dos doentes?				
h) O que acontece aos doentes se recusarem o agendamento? Quantas vezes podem recusar? Quem analisa a recusa?				

Perguntas	Suportado pelo Sistema de Informação			Não aplicável
	Sim	Não	Em fase de projecto	
3.3. Agendamento				
i) Quem agenda os episódios pré-operatórios com o doente?				
j) Quem regista os episódios pré-operatórios?				
k) Quem efectua a avaliação pré-operatória do utente?				
l) O que acontece se um doente faltar a um episódio pré-operatório? Essa informação fica registada?				
m) Quem verifica se o utente estará preparado até à cirurgia?				
n) Quem valida a lista final de doentes agendados?				
o) Quem regista ou altera o registo do agendamento de doentes validados?				
p) Quem monitoriza a lista final de doentes para cirurgia?				
q) Que documentos é que o processo clínico inclui?				
4. Realização da Cirurgia				
a) Quando o doente comparece para cirurgia, quem é analisado se há desconformidades administrativas?				
b) Quem valida as condições do doente para ser operado?				
c) O que acontece se o doente não comparecer à cirurgia?				

Perguntas	Suportado pelo Sistema de Informação			Não aplicável
	Sim	Não	Em fase de projecto	
4. Realização da Cirurgia				
d) O bloco está optimizado? Costuma haver falhas de meios necessários à produção de toda a cirurgia?				
e) Quem regista os intervenientes na cirurgia? Como?				
f) Quais os tempos cirúrgicos registados?				
g) Quem elabora o relatório da intervenção cirúrgica? Quando é elaborado?				
5. Internamento				
a) Durante quanto tempo, após a alta de internamento, é que o hospital tem a responsabilidade de resolver as intercorrências? Quem resolve?				
b) Quem faz o registo das intercorrências?				
c) Durante quanto tempo, após a alta de internamento, é que o hospital tem a responsabilidade de resolver as complicações? Quem resolve?				
d) Quem faz o registo das complicações?				
e) Quem dá a alta de internamento ao doente?				
f) Quem regista a alta de internamento no SI?				
g) Quem resolve as desconformidades administrativas?				

Perguntas	Suportado pelo Sistema de Informação			Não aplicável
	Sim	Não	Em fase de projecto	
5. Internamento				
h) Quem efectiva a alta de internamento?				
i) Quais as condições necessárias para se considerar que o processo do doente inscrito na LIC está concluído?				
j) Quando é dada a alta do processo clínico?				
k) Quem dá a alta do processo clínico?				
l) Quem regista a alta do processo clínico no SI?				
m) O registo da alta do processo tem que estar conforme com que documentos? Quem valida esta conformidade?				
n) Quem efectiva a alta do processo?				
6. Transferência				
a) Quem prevê e identifica com antecedência os casos dos doentes que deverão ser transferidos?				
b) Quando é feita essa previsão e quando é que se prepara o processo a transferir?				

Perguntas	Suportado pelo Sistema de Informação			Não aplicável
	Sim	Não	Em fase de projecto	
7. UHGIC				
a) Quando é que foram nomeados os elementos da UHGIC pelo Conselho de Administração?				
b) A UHGIC informa as URGIC e UCGIC quando há actualizações da lista de procedimentos cirúrgicos?				
c) Com que periodicidade a LIC é analisada por agrupamentos de procedimentos cirúrgicos solicitados? E os indicadores de produção?				
d) O rácio dos tempos de espera médios em função da prioridade clínica estabelecida são analisados?				
e) Com que periodicidade é fornecida a ficha técnica em formato digital com a capacidade instalada no hospital (recursos humanos e materiais)?				
f) Quanto tempo, no máximo, é que a UHGIC demora a entregar às UCGIC e URGIC informação que tenha sido solicitada?				

Serviço:
Responsável:
E-mail:

Data:

ANEXO D: Guião da entrevista realizada no Serviço de Informação para a Gestão



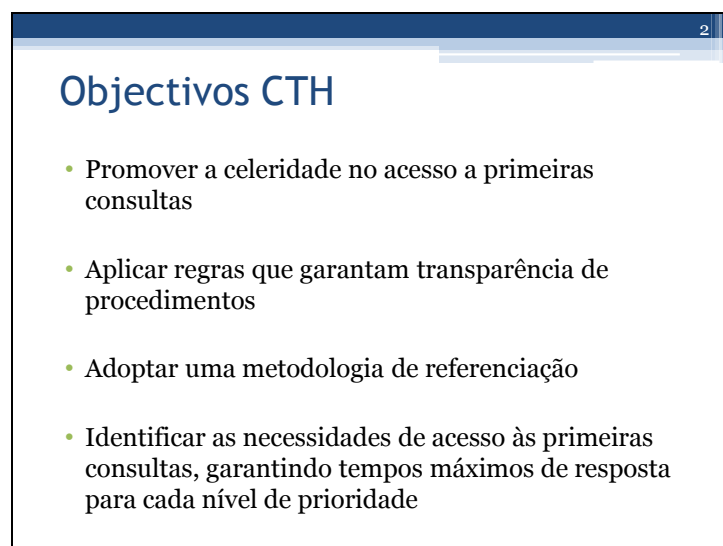
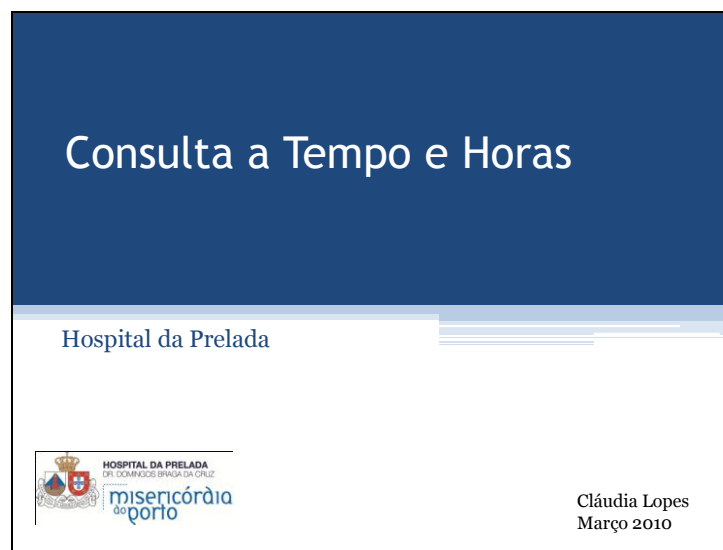
HOSPITAL DA PRELADA

Perguntas	Suportado pelo Sistema de Informação			Não aplicável
	Sim	Não	Em fase de projecto	
1. Informação de Gestão				
a) É efectuada recolha, tratamento e divulgação de dados de informação relativa à produção e consumos do hospital?				
b) Toda a informação é registada no sistema informático do hospital?				
c) Para efeitos estatísticos, que indicadores são pedidos aos serviços?				
d) É prestada informação sobre a actividade do Hospital ao Conselho de Administração e à UHGIC? Com que periodicidade?				
e) É feito um alerta das tendências de evolução observadas relativamente à actividade realizada, custos e proveitos envolvidos? Para quem?				
f) Há uma articulação com os serviços clínicos para que seja garantido o registo de toda a produção realizada?				

Perguntas	Suportado pelo Sistema de Informação			Não aplicável
	Sim	Não	Em fase de projecto	
2. Suporte à comunicação do SIGIC				
a) Nº de episódios em LIC				
b) Nº de episódios com tempos de espera superiores a 12 e a 24 meses				
c) Nº de cirurgias programadas realizadas				
d) Mediana do tempo de espera em UC				
e) Percentagem de casos prioritários em LIC				
f) Percentagem de episódios prioritários com tempo de espera superior ao estabelecido para a prioridade em LIC				
g) Percentagem de episódios não prioritários com tempos de espera superiores a 12 e a 24 meses em LIC				
h) Percentagem de possíveis desconformidades face ao total de registos efectuados na LIC				
i) Número de Vales a Emitir em caso de integração na data corrente da LIC na Unidade Central				

Serviço: Responsável: E-mail:	Data:
---	---

ANEXO E: Apresentação CTH



3

Normas e mecanismos a adoptar

- Atendimento segundo níveis de prioridade
- Melhor orientação do doente no sistema
- Circulação de informação clínica electrónica
- Marcação de consulta de referência para especialistas hospitalares a partir do médico de família, por via electrónica
- Garantir a produção de dados e de indicadores comuns e uniformes de contagem e de medida de tempo até à realização da consulta

4

CTH

Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar

Sistema de Informação Integrado e Universal

- Conhecer a procura
- Conhecer tempos de resposta
- Fiabilidade
- Transparência

Sistema de Gestão

- Envolvimento de instituições
- Envolvimento de profissionais
- Orientar o acesso dos cidadãos à primeira consulta de especialidade hospitalar

5

Entidades envolvidas

- Unidade Central de Gestão
- Profissionais:
 - Médico Assistente (Centro de Saúde)
 - Administrativo do Centro de Saúde
 - Administrativo do Hospital
 - Triador
 - Médico Especialista (Hospital)

6

Unidade Central de Gestão

- Integrada na ACSS
- Coordenador nacional e uma comissão composta por um máximo de 10 elementos
- Funções:
 - Gerir e monitorizar o funcionamento do programa CTH
 - Garantir o acesso à informação de gestão necessária às diversas estruturas de saúde envolvidas
 - Garantir a articulação das redes regionais e locais da CTH

7

Alert P1

- Sistema informático que possibilita a referência para as consultas hospitalares
- Permite a avaliação especializada dos registos inscritos
- Permite a identificação da prioridade de atendimento
- Permite a marcação de consultas com base nessa prioridade
- Monitorização de todo o processo, incluindo a identificação dos seus intervenientes e seu desempenho nos actos associados

8

Vantagens da CTH

Utente

- Processo de marcação mais simples
- Atendimento segundo a prioridade clínica e a antiguidade
- Melhoria progressiva do acesso à primeira consulta de especialidade
- Transparência de informação

Centro de Saúde

- Informação actualizada e rigorosa sobre o estado dos pedidos
- Conhecimento da capacidade de resposta do(s) hospital (is) de destino
- Possibilidade de reencaminhar o doente
- Informação de retorno por via electrónica

Hospital

- Obtenção de um dispositivo para melhorar o funcionamento das consultas externas
- Afectação de meios de acordo com as necessidades
- Transparência no atendimento dos doentes

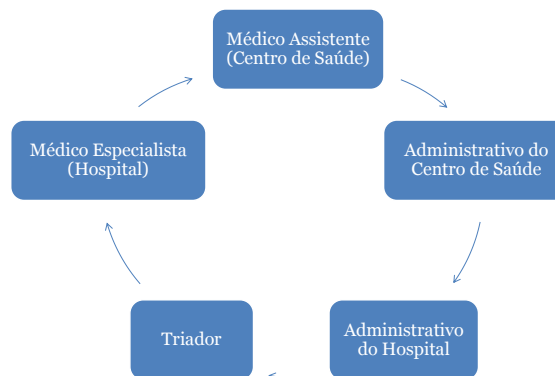
9

Factores críticos de sucesso

- Coordenação entre os níveis de cuidados, promovendo a utilização criteriosa dos recursos
- Melhoria das comunicações (a nível de capacidade e de velocidade)
- Melhoria dos critérios de referência clínica
- Satisfação dos profissionais
- Satisfação dos utentes

10

Circuito do Sistema CTH



11

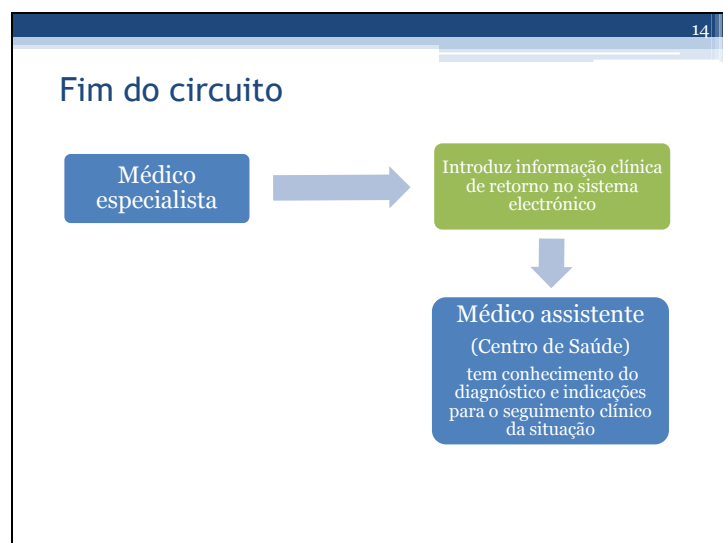
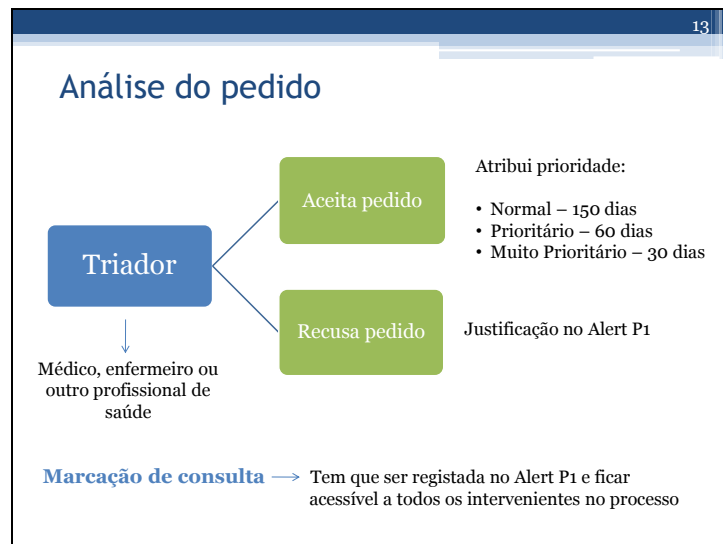
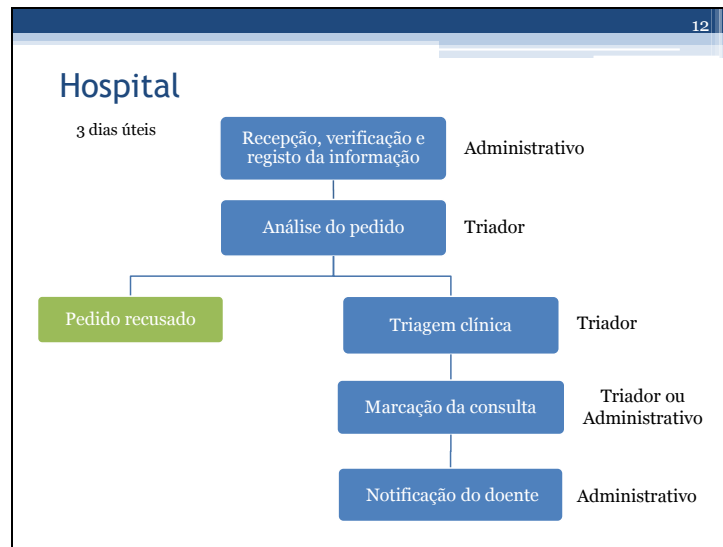
Centro de Saúde

Médico Assistente

- Por via electrónica, solicita uma primeira consulta de especialidade hospitalar
- Indica se o pedido é "urgente" ou "normal"
- Através do Alert P1 acompanha a situação real de marcação de consulta e recebe informação de retorno

Administrativo

- Encaminha o pedido, juntando elementos de identificação do utente e outros documentos necessários
- 3 dias úteis



15

CTH garante

- Mais equidade e transparência no acesso às consultas hospitalares
- Melhor orientação das pessoas dentro do Sistema de Saúde
- Conhecimento dos tempos de resposta dos hospitais nas diferentes especialidades
- Contratualização de cuidados no SNS de acordo com as necessidades da população
- Mais facilidade na gestão da doença pelos profissionais de saúde

16

Principais resultados esperados

- Transparência no processo de marcação da primeira consulta de especialidade hospitalar
- Marcação por prioridade clínica (triagem clínica)
- Melhor informação
- Melhoria do encaminhamento dos utentes, facilitando o percurso do utente até à consulta
- Diminuição da carga burocrática entre os Centros de Saúde e os hospitais
- Obtenção de melhor serviço e qualidade na prestação de cuidados, aumentando assim o nível de confiança

17

FIM

ANEXO F: Apresentação SIGIC

Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

Hospital da Prelada




Cláudia Lopes
Março 2010

2

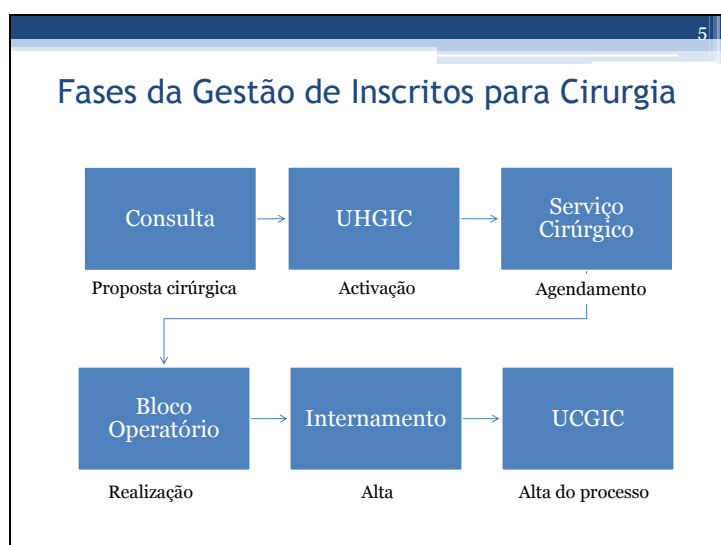
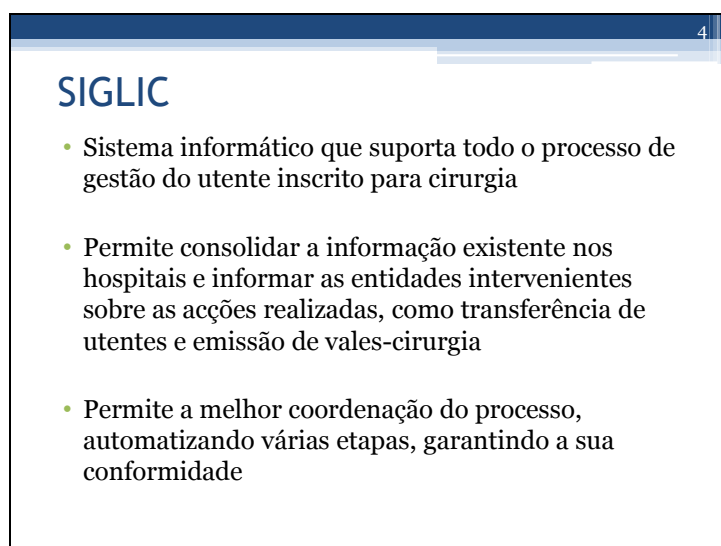
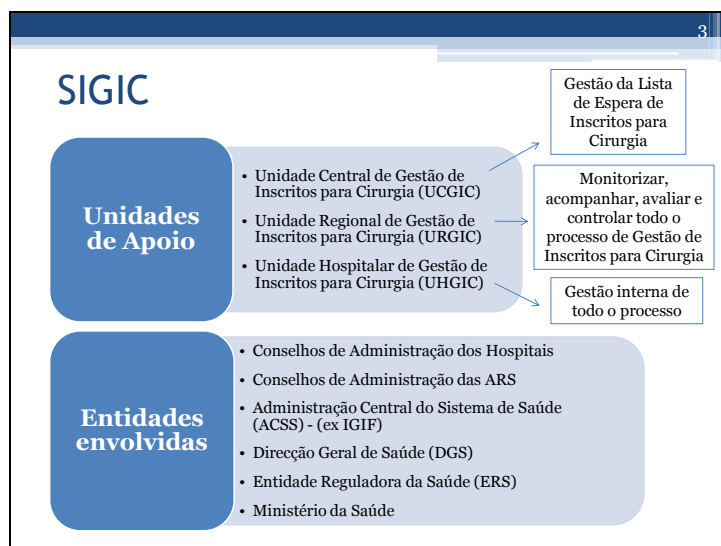
SIGIC

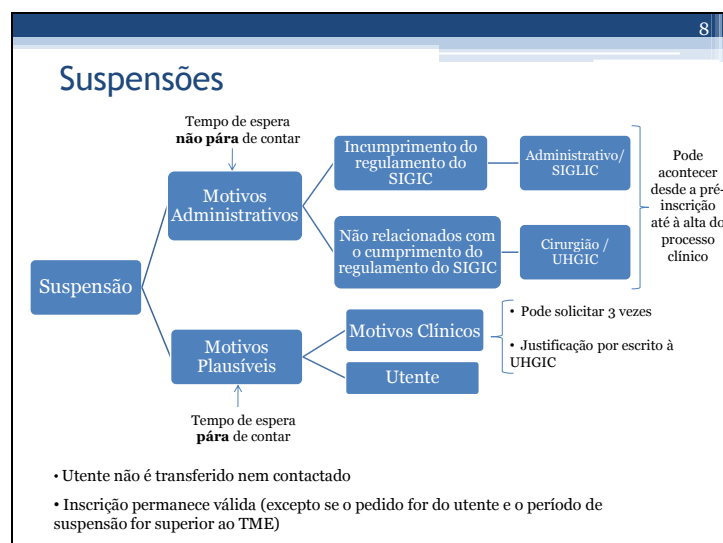
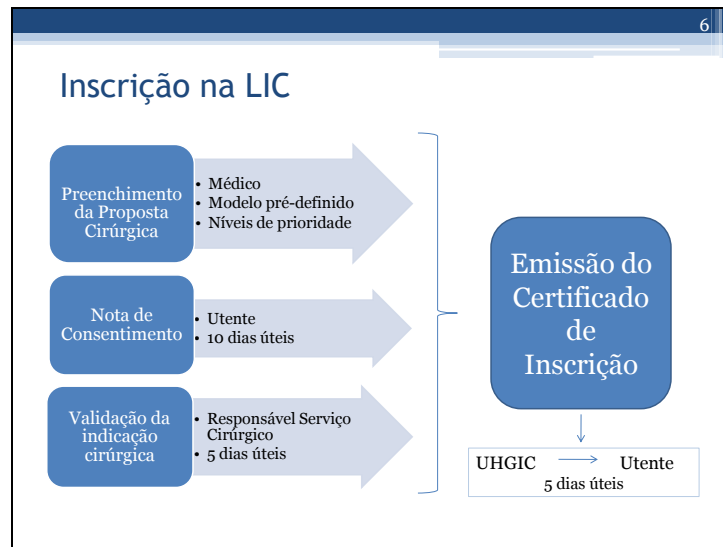
Objectivos

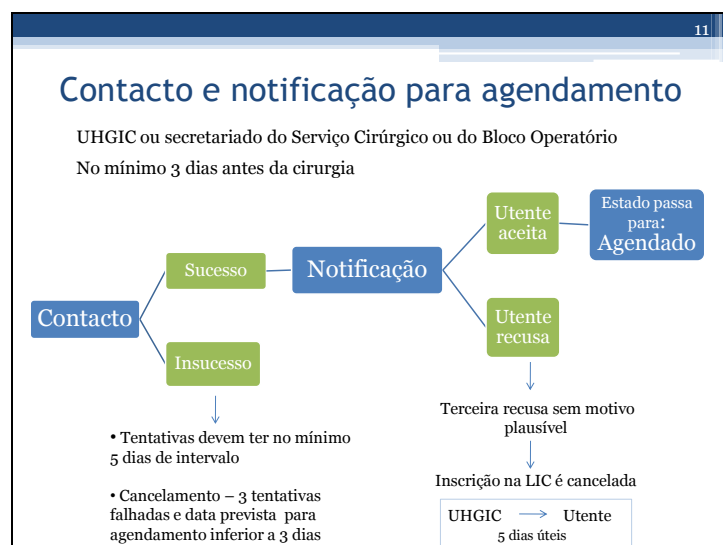
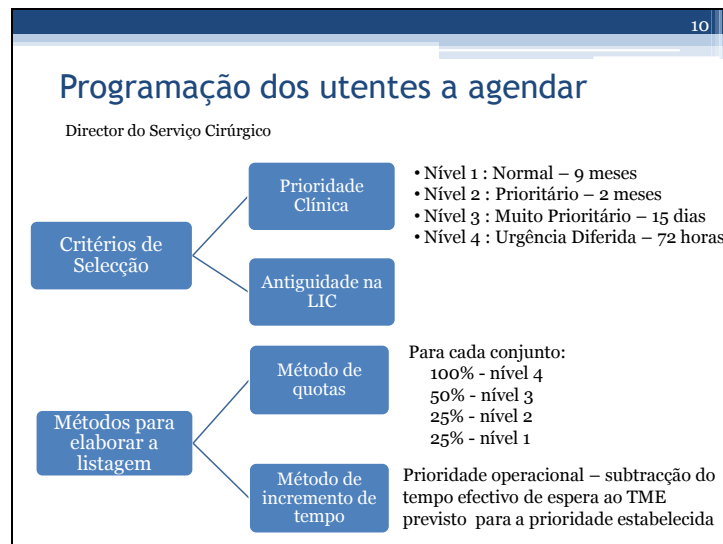
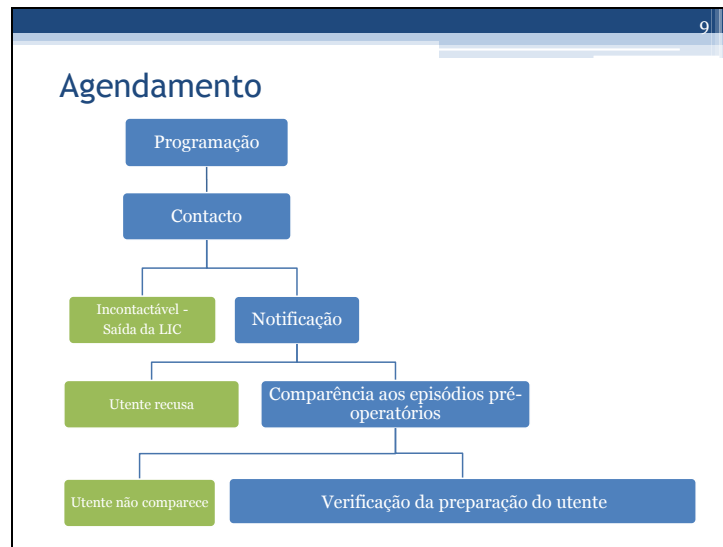
- Redução do tempo médio e controlo do tempo máximo de espera para cirurgia
- Rentabilização da capacidade instalada dos hospitais SNS
- Clareza e uniformidade nos critérios de realização de intervenções cirúrgicas

Princípios-chave

- Garantia de tratamento em tempo admissível
- Maior compromisso do hospital
- Maior envolvimento do utente
- Maior uniformidade do processo
- Maior controlo e transparência do processo



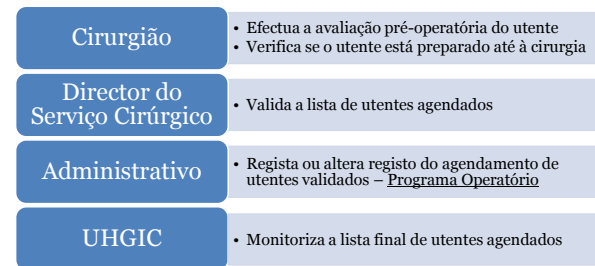




12

Processo de preparação do utente

Administrativo – agenda os episódios pré-operatórios e contacta o utente



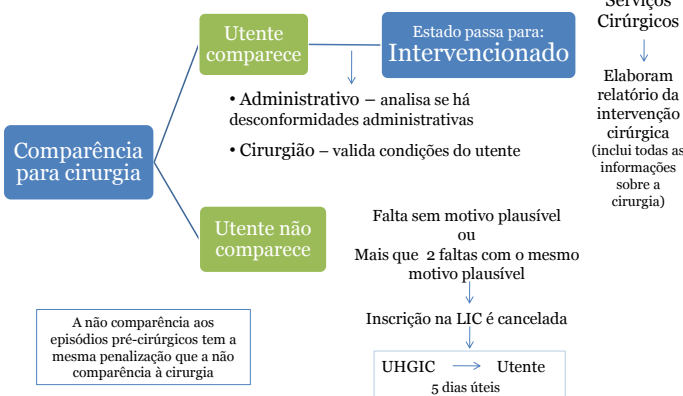
Processo clínico deve incluir:

- Proposta de cirurgia
- Relatório da avaliação pré-operatória
- Documentação da consulta de anestesiologia
- Informação solicitada ao utente e outros exames

13

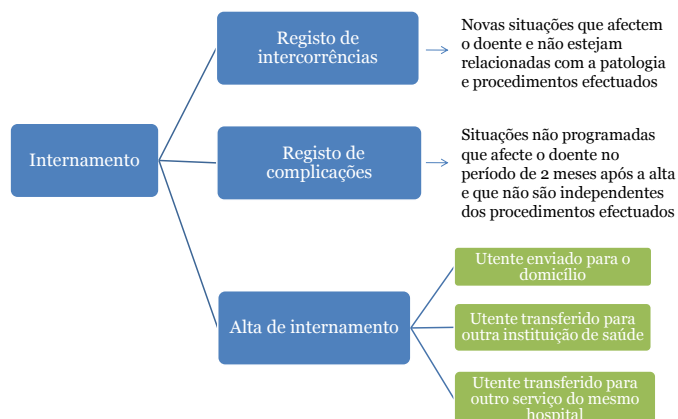
Realização da cirurgia

Gestão da comparência do utente para a cirurgia



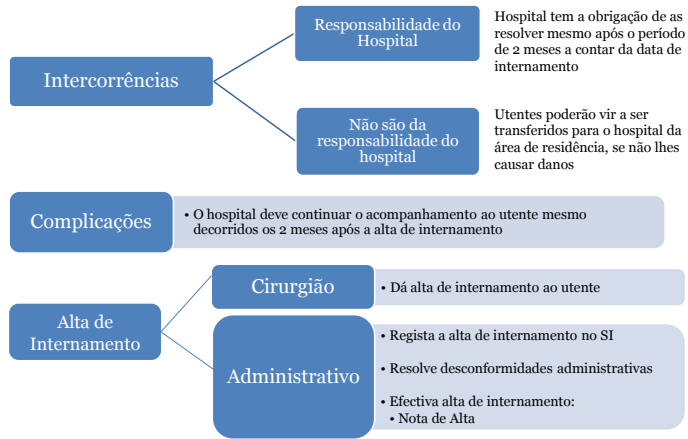
14

Internamento



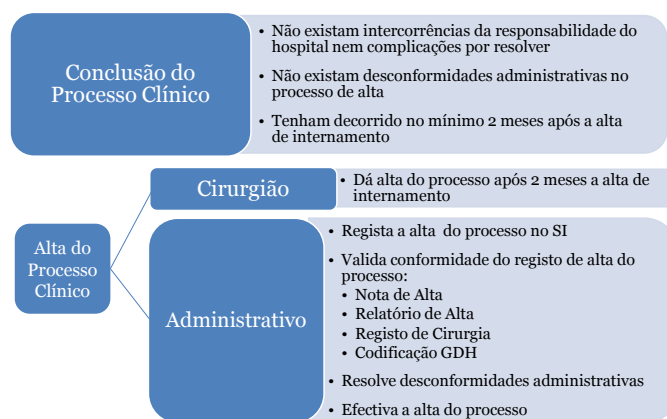
15

Internamento



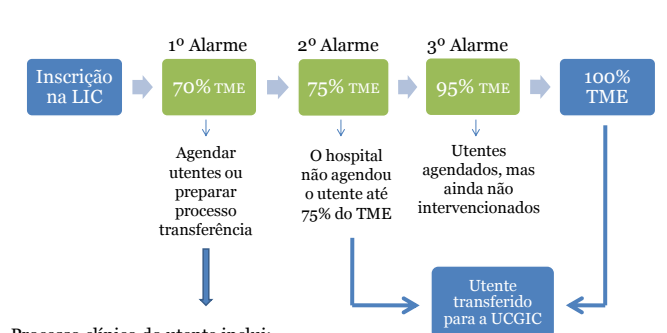
16

Conclusão e alta do processo clínico



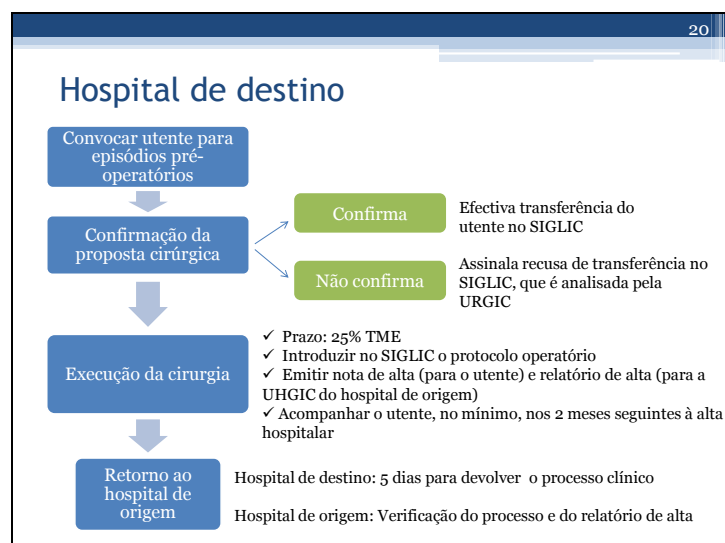
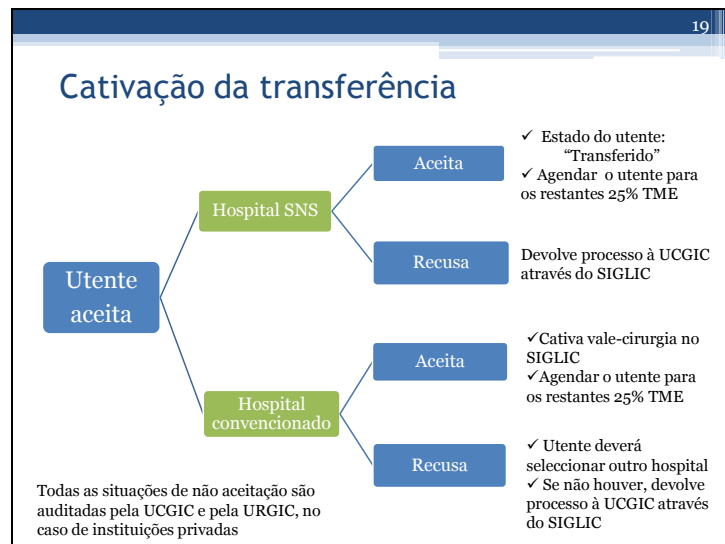
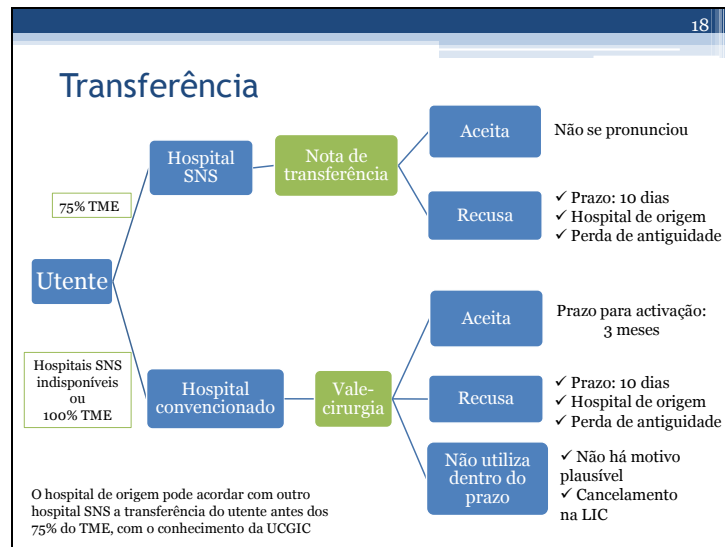
17

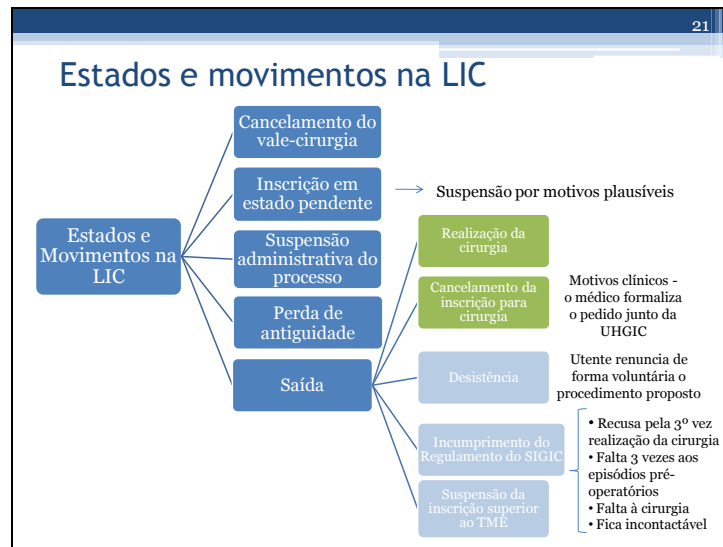
Transferência



Processo clínico do utente inclui:

- proposta cirúrgica inicial
- resultados dos episódios pré-operatórios
- informações adicionais importante para a realização da cirurgia





ANEXO G: Apresentação – Acção de Formação Interna



Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

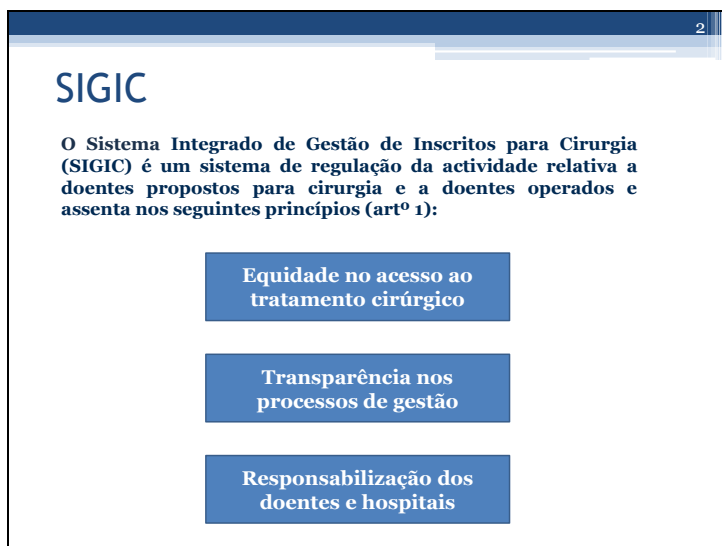
Acção de Formação Interna

SIGIC
Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

HOSPITAL DA PRELADA
DO COMPLEXO HOSPITAL DA CRUZ

misericórdia do porto

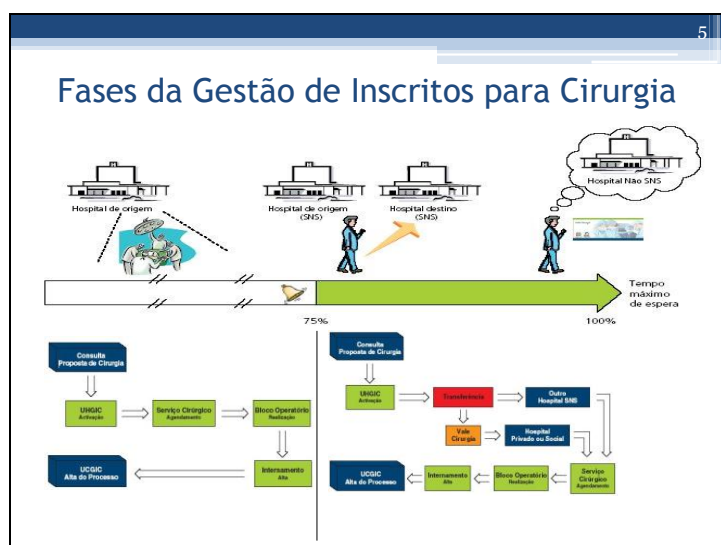
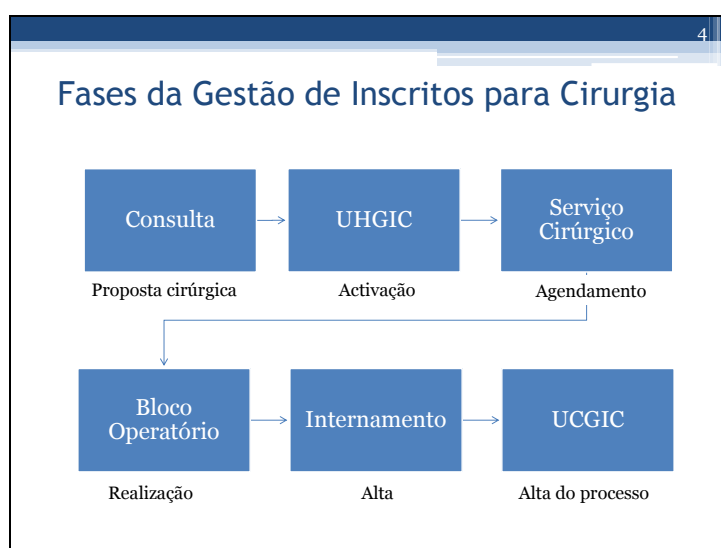
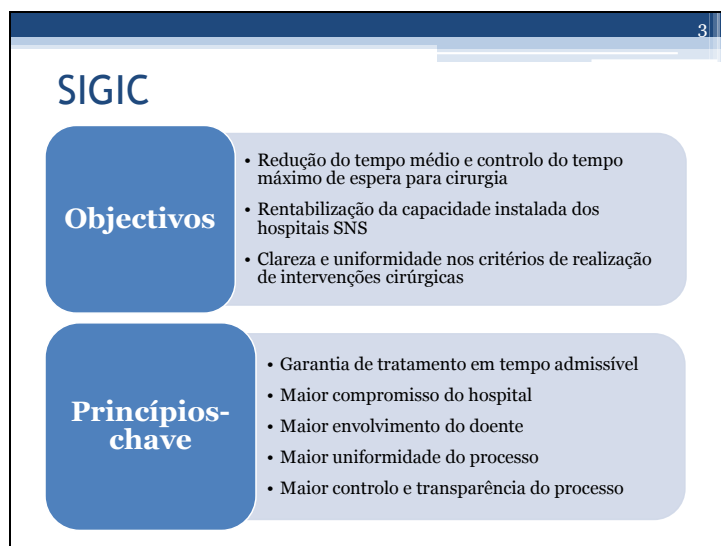
Cláudia Lopes
Maio 2010
Estagiária STI



SIGIC

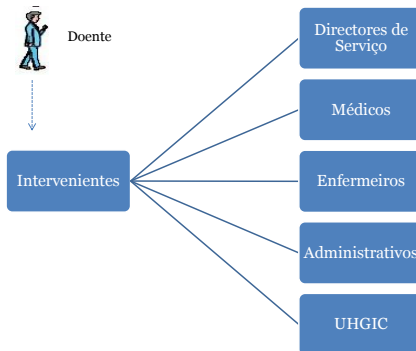
O Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) é um sistema de regulação da actividade relativa a doentes propostos para cirurgia e a doentes operados e assenta nos seguintes princípios (artº 1):

- Equidade no acesso ao tratamento cirúrgico
- Transparência nos processos de gestão
- Responsabilização dos doentes e hospitais



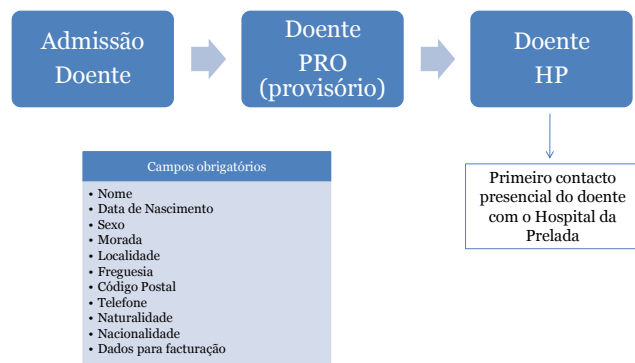
6

Intervenientes no SIGIC



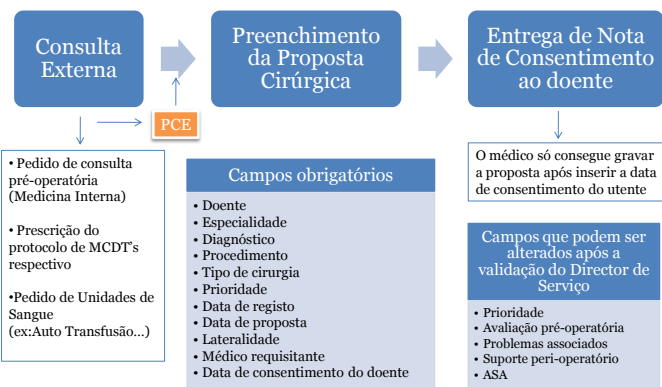
7

Competências/Responsabilidades Administrativo



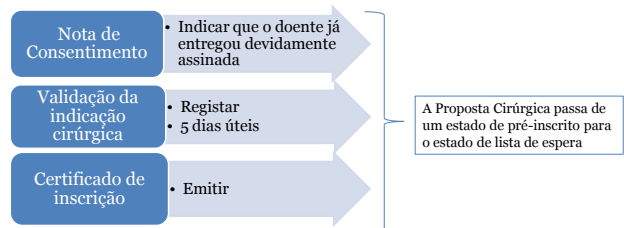
8

Competências/ Responsabilidades Médico

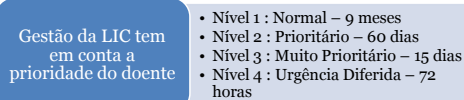


9

Competências/ Responsabilidades Director de Serviço



Se a proposta não for adequada, o Director de Serviço cancela-a, justificando o motivo e será marcada uma nova consulta.

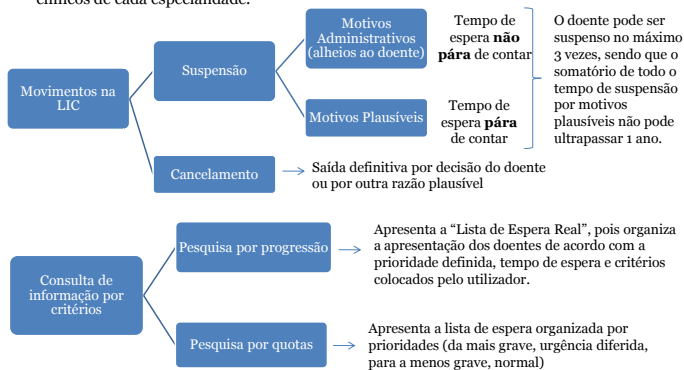


A intervenção deve ser agendada até 2/3 do TMRG. Caso não seja agendada, é emitida uma nota de transferência para a cirurgia se realizar noutra instituição.

10

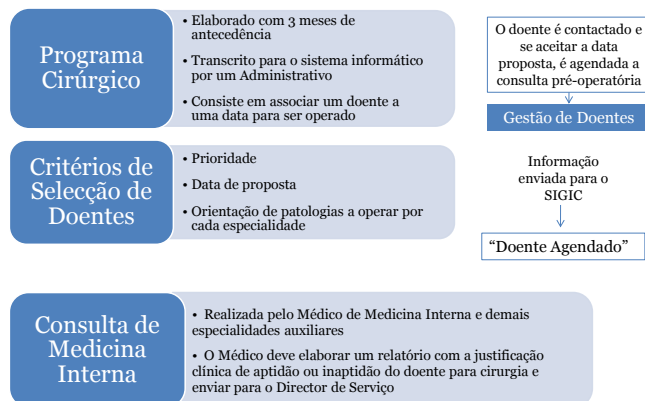
Competências/ Responsabilidades Director de Serviço

A gestão da LIC é feita pelo Director de Serviço em coordenação com a UHGIC, sendo que a operacionalidade das ordens poderá ser feita pelos secretários clínicos de cada especialidade.



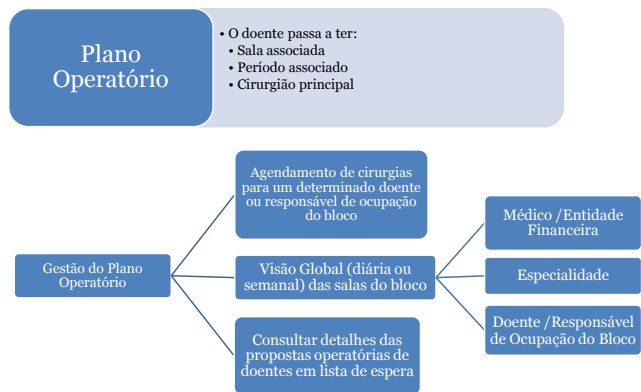
11

Competências/ Responsabilidades Director de Serviço



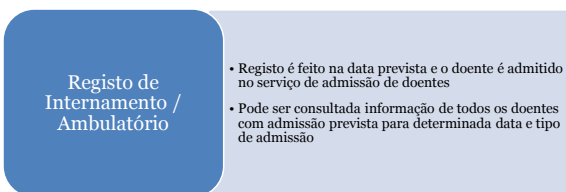
12

Competências/ Responsabilidades Director de Serviço



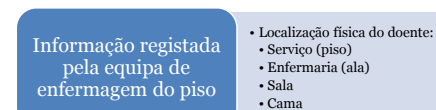
13

Competências/Responsabilidades Administrativo



14

Competências/Responsabilidades Enfermeiros



15

Competências/Responsabilidades Administrativos

Registos Bloco Operatório

- O doente pode dar entrada no Bloco através de entradas directas (cirurgias urgentes) ou cirurgias de ambulatório/convencional (cirurgias programadas)
- É efectuada supervisão de todo o registo efectuado ao nível da produção do Bloco Operatório ("Fecho do Dia")
- Comunicação de Alertas de detecção de anomalias ,correções

16

Competências/Responsabilidades Enfermeiros

Registo Operatório

- Doente
- Origem
- Serviço Executante
- Anestesia
- Bloco
- Sala
- Acto cirúrgico (Cirurgia, MCDT's, Pequena Cirurgia)
- Tipo de Cirurgia (Ambulatório, Convencional)
- Tipo (Limpa, Suja, Limpa Contaminada)
- Hora de entrada e saída de bloco
- Hora de início e de fim de cirurgia
- Lateralidade
- Destino
- Diagnóstico e procedimento principal
- Cirurgião Principal

Registo de MCC e MCDT's

- MCDT's
- MCC

- O registo cirúrgico é efectuado via Palm's + Solução Táctil. Se não estiverem disponíveis, regista-se no computador.

- Todos os registos são validados por Enfermeiro Responsável Bloco Operatório

17

Competências/ Responsabilidades Médico

Relato Operatório

- Com base na informação recolhida no registo operatório, o médico deverá proceder ao Relato Operatório que, após impresso e assinado, deverá ser arquivado no Processo Clínico do Doente.

18

Competências/Responsabilidades Administrativos

Registo Alta Clínica

- É dada pelo médico responsável pelo doente quando define o processo como finalizado
- É registada pelo Administrativo na aplicação de Gestão de Doentes
- É enviada esta informação para o SIGIC e a finalização do processo acontece dois meses depois.

Devido a diversas circunstâncias e condicionantes, o Administrativo pode também alterar determinado ambulatório do doente para internamento, ou vice-versa.

19

Estrutura da UHGIC

A UHGIC é constituída por elementos que o Hospital considera importantes e participantes no processo de gestão do utente inscrito para cirurgia, isto é, não tem que ser uma unidade centralizada no hospital, num único espaço, podendo os elementos da UHGIC estarem dispersos pelos diferentes serviços cirúrgicos.

Foi nomeada em Janeiro de 2009

UHGIC do Hospital da Prelada

- Dr. Fernando Vieira – fernando.vieira@hospitaldaprelada.pt
- Eng. José Sousa – jose.sousa@hospitaldaprelada.pt
- Sr. José Manuel Rocha – jose.manuel@hospitaldaprelada.pt
- Sr. Carlos Marques – carlos.marques@hospitaldaprelada.pt

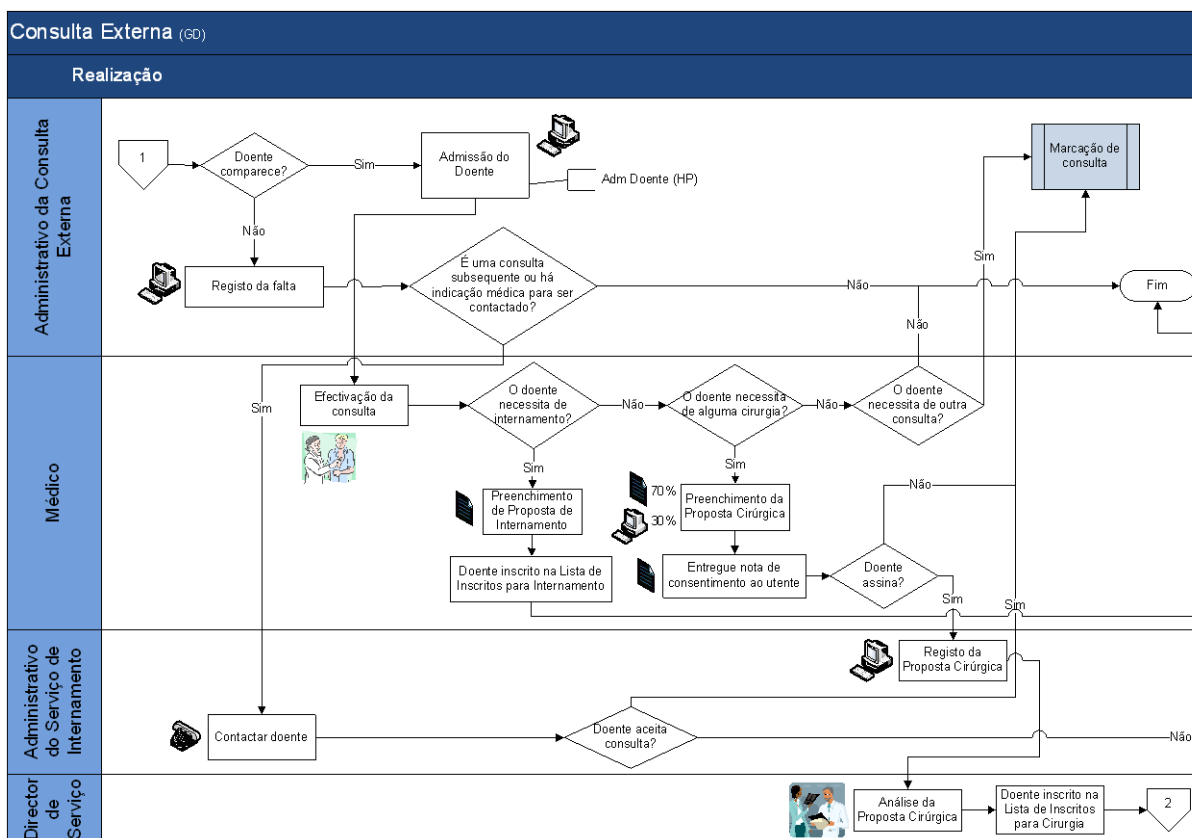
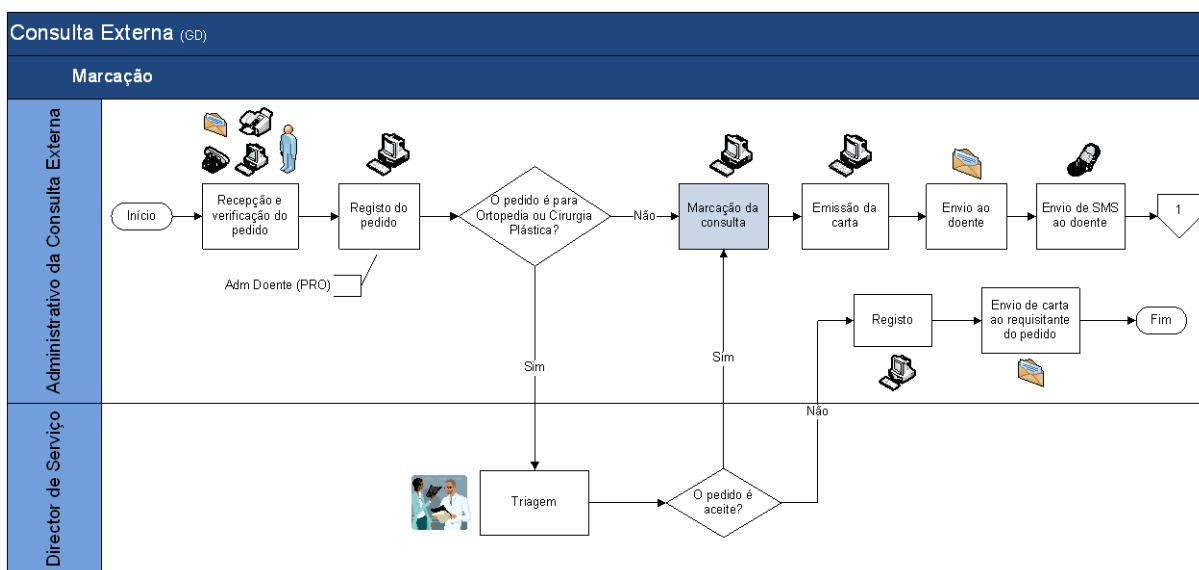
uhgic@hospitaldaprelada.pt

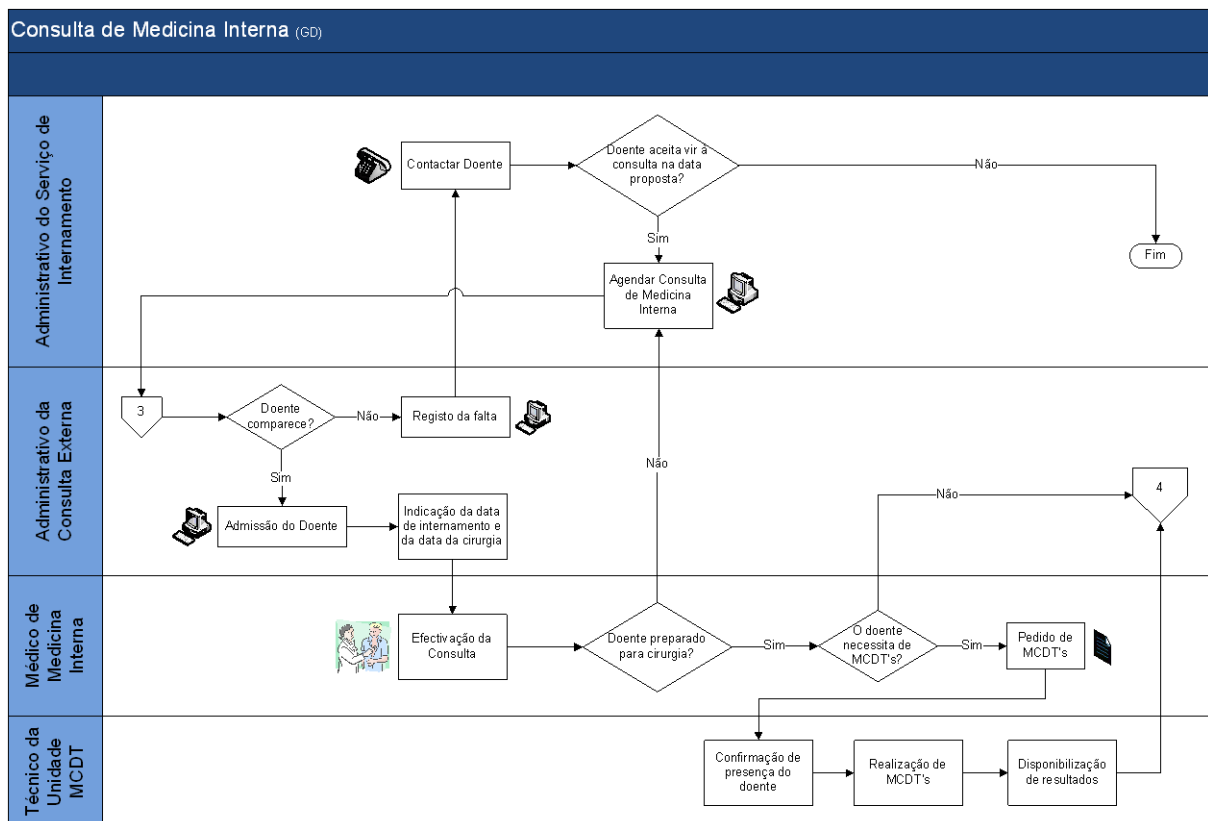
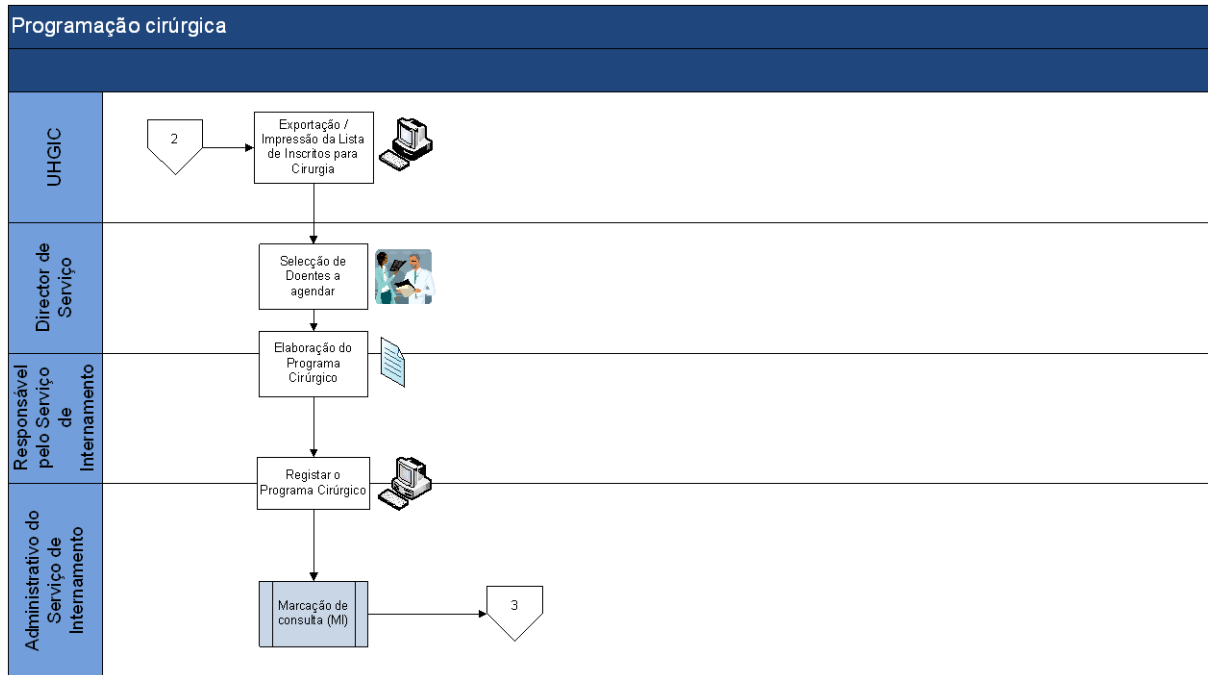
20

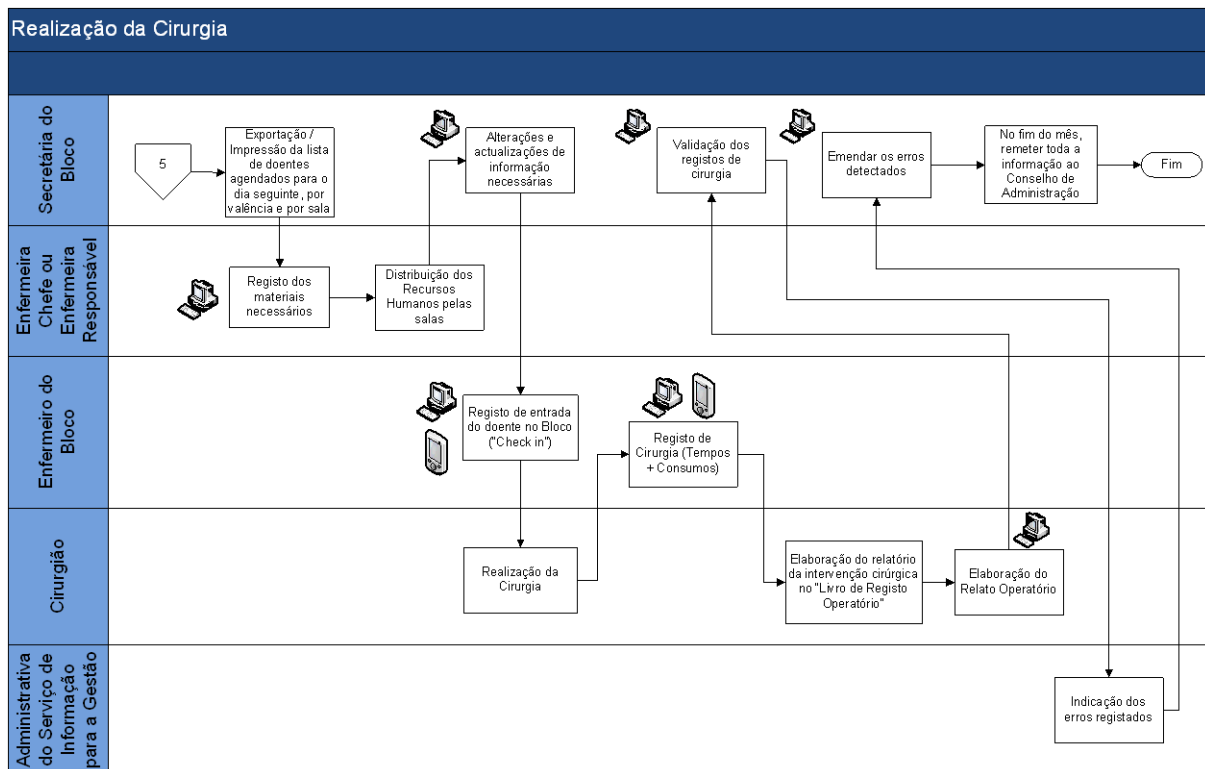
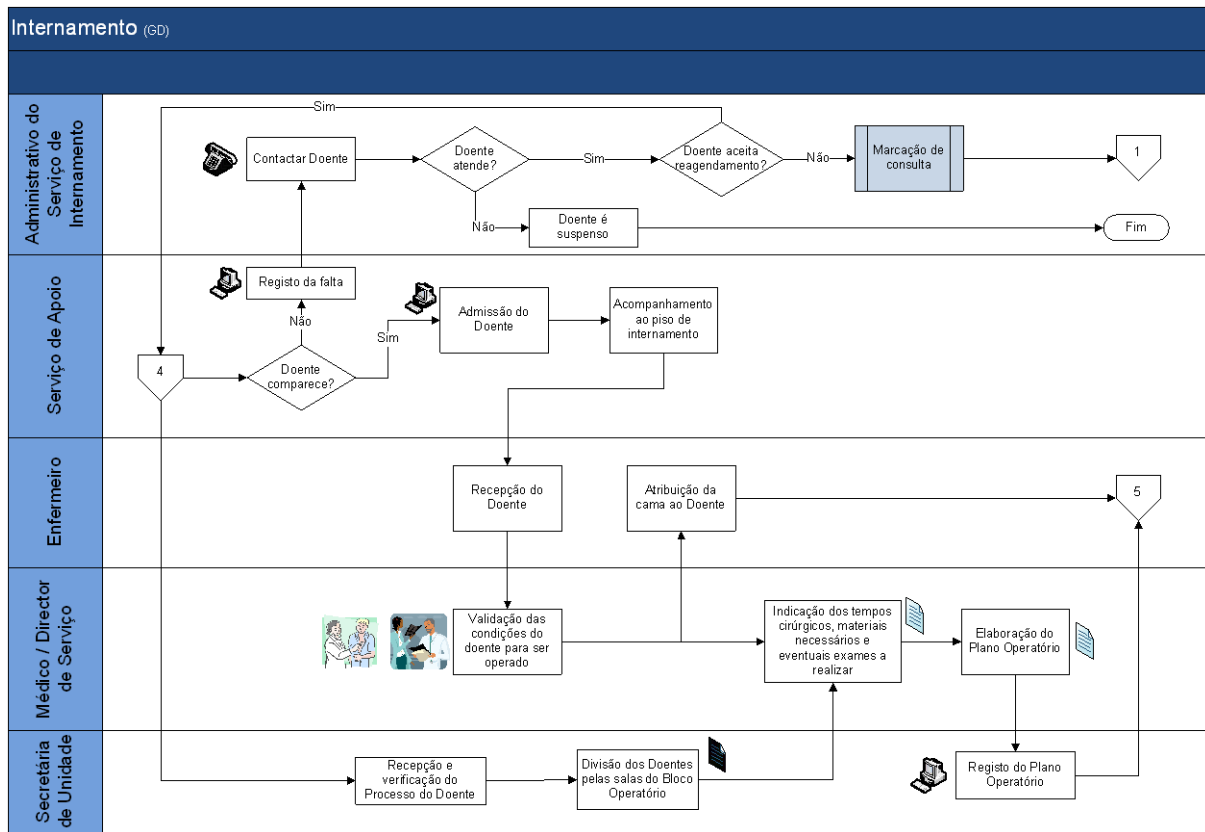
Questões?



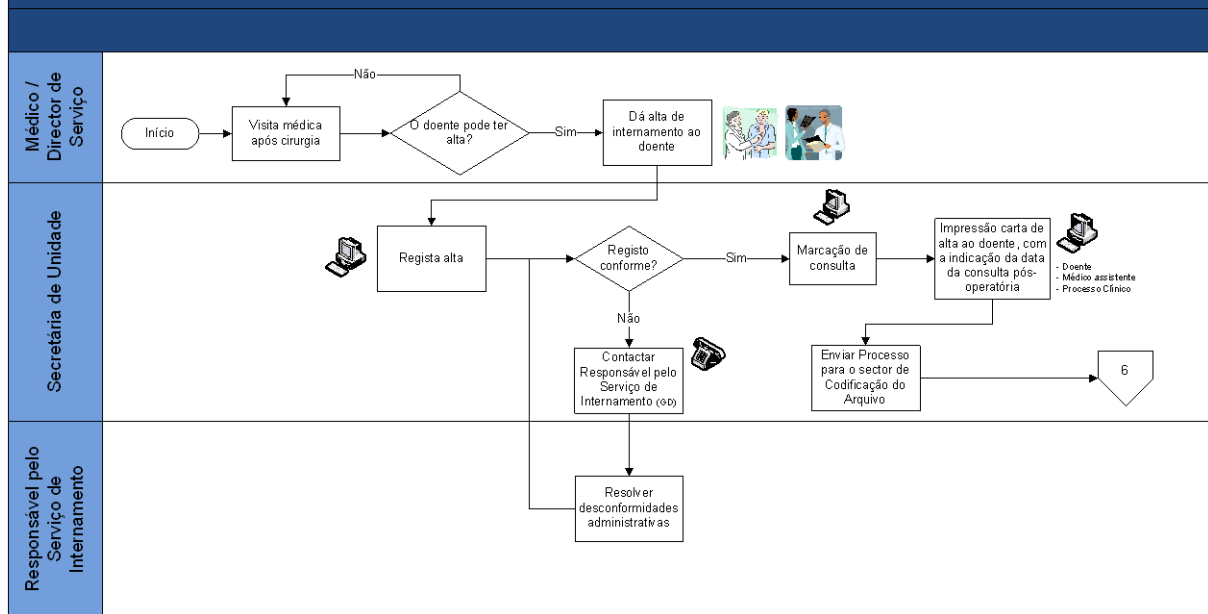
ANEXO H: Fluxogramas funcionais do circuito actual







Alta de internamento (GD)



Alta hospitalar

